

患者紹介状(診療情報提供書)

【患者基礎情報】

ふりがな.....
氏名..... (男・女)
生年月日 ^{T・S} 年 月 日 (歳)
住所 ^{H・R} -
電話() 携帯()

【紹介元】

紹介日 年 月 日
医療機関名
医師名
TEL ()
FAX ()
 外来患者の紹介 入院中の患者の紹介

【診療紹介】(検査申込は別紙がございます。)

紹介科 科 医師(医師の指定がある場合)
 外来診療 転院 セカンドオピニオン 診療情報の照会 連携パス

【待機状況】 院内でお待ちです(お返事早く) ご帰宅されています(お返事急ぎません)

【希望日】

本日(緊急)(来院方法: 救急車 自家用車 その他)

バイタル:体温(BT) 血圧(BP) 脈拍(PR) 呼吸(RR) SPO2

後日 いつでも良い
 不都合日 (① ② ③)

【診療情報提供書】(貴院の書式でもかまいません)

傷病名

既往歴

今回の疾患に関して実施済の検査

血液検査 画像(X-P CT MRI) 心電図 超音波 内視鏡 病理
診療情報

※ 出来るだけ「処方」「検査データ」「検査報告書」などもご送付お願いします。

佐久医療センター

TEL 0267-62-8181(代表) TEL 0267-88-7316(連携室直通)

【診療時間内の紹介先】

地域医療連携室

FAX 0267-88-7248

【休診日・時間外の紹介先】

救命救急センター

FAX 0267-88-7208

佐久総合病院(本院)

TEL 0267-82-3131(代表)

地域医療連携室

FAX 0267-81-1114