

診療情報提供書

(診療予約 F A X用紙)

地域連携室
TEL 0978-67-1211 (代表)
TEL 0978-66-7409 (直通)
FAX 0978-64-7210 (直通)

申込日 西暦 年 月 日

国東市民病院

科宛 (先生)

依頼医療機関
(担当医師)
住 所
TEL
FAX

フリガナ 患者氏名 (男・女)	住 所
生年月日 明治 大正 昭和 (乳幼児 カ月 日) 平成 令和 年 月 日生 (才)	TEL
保 険 者 番 号	公費負担者番号
被保険者証の記号番号	公費負担受給者番号
被保険者名・続柄 (本人・家族)	

依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査 () 受診希望日 年 月 日 検査予約 年 月 日 時 分 搬送方法 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他
------	--

C T ・ M R I の放射線検査、心エコー・下肢静脈エコー等の生理検査で緊急の対応が必要な異常所見があった場合は当院該当科の受診を希望しますか？	希望する ・ 希望しない
--	--------------

傷病名	造影検査 (要・否)
紹介目的	アレルギー歴 (有・無) 喘息 (有・無) 腎障害 (有・無) 血清クレアチニン値 () mg/dL ※造影検査に際しては問診票を持参してください。

1. 既往歴 家族歴	
2. 症状 経過	
3. 検査結果	
4. 治療結果	
5. 処方	
6. 備考	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
 2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付して下さい。