

宛先 社会医療法人 天神会 FAX : 0942-38-2294
フリーダイヤル 0120-885-086 TEL : 0942-38-2292

外来紹介依頼書 兼 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介者	貴医療機関名		診療科		
	住所		貴医師名		
	電話	FAX	ご担当の方 () 様		
患者情報	フリガナ	性別	生年月日		年齢
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	歳
	現住所	電話 () -			
希望施設・検査内容	<input type="checkbox"/> 入院中の患者 (<input type="checkbox"/> 退院予定 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定)				
	<input type="checkbox"/> 新古賀病院 <input type="checkbox"/> 古賀病院21 <input type="checkbox"/> 新古賀クリニック				
	希望診療科	科	希望医師	<input type="checkbox"/> 医師へ事前連絡済	
	<input type="checkbox"/> 診察のみ <input type="checkbox"/> 診察+検査 <input type="checkbox"/> 入院依頼				
	<input type="checkbox"/> 検査のみ ・ 検査予約日(平成 年 月 日[]) 画像提供方法(<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要)				
	受診希望日 平成 年 月 日(<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日) (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後)				
	【希望検査】 <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI (造影 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 内視鏡 (<input type="checkbox"/> 上部・ <input type="checkbox"/> 下部) <input type="checkbox"/> その他 { } ・ 指定部位 { } ※造影の場合、腎機能のわかる採血データがあれば添付をお願いします。				
・ 来院方法 (<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 救急車以外) ・ 移動方法 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー)					
診療関連情報	主訴及び傷病名と紹介目的				
	既往歴及び家族歴				
	症状経過及び治療経過、検査結果等				
	現在の処方				

宛先 社会医療法人 天神会 FAX : 0942-38-2294
 フリーダイヤル 0120-885-086 TEL : 0942-38-2292

外来紹介依頼書 兼 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介者	貴医療機関名		診療科		
	住所		貴医師名		
	電話	FAX	ご担当の方 () 様		
患者情報	フリガナ	性別	生年月日		年齢
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	歳
	現住所	電話 () -			
希望施設・検査内容	<input type="checkbox"/> 入院中の患者 (<input type="checkbox"/> 退院予定 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定)				
	<input type="checkbox"/> 新古賀病院 <input type="checkbox"/> 古賀病院21 <input type="checkbox"/> 新古賀クリニック				
	希望診療科	科	希望医師	<input type="checkbox"/> 医師へ事前連絡済	
	<input type="checkbox"/> 診察のみ <input type="checkbox"/> 診察+検査 <input type="checkbox"/> 入院依頼				
	<input type="checkbox"/> 検査のみ ・ 検査予約日(平成 年 月 日[]) 画像提供方法(<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要)				
	受診希望日 平成 年 月 日(<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日) (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後)				
	【希望検査】 <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI (造影 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 内視鏡 (<input type="checkbox"/> 上部 ・ <input type="checkbox"/> 下部) <input type="checkbox"/> その他 { } ・ 指定部位 { } ※造影の場合、腎機能のわかる採血データがあれば添付をお願いします。				
・ 来院方法 (<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 救急車以外) ・ 移動方法 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー)					
診療関連情報	主訴及び傷病名と紹介目的				
	既往歴及び家族歴				
	症状経過及び治療経過、検査結果等				
	現在の処方				