

診療情報提供書（紹介状 ・ 返書）

令和 年 月 日

姫路赤十字病院

医療機関

診療科

所在地

医師

先生

電話番号

FAX

診療科

医師

印

フリガナ		性別	生年月日	来院方法
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車
住 所	〒 ①自宅電話番号 ②連絡先〔携帯・その他（ ）〕			
紹介目的	1. 精査・治療 2. 転医・転院 <input type="checkbox"/> 当院も併診します(月毎) <input type="checkbox"/> 当院は終了しました 3. 在宅診療 4. 検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> RI・PET <input type="checkbox"/> その他			
傷病名 主 訴		既往歴 (家族歴)		
病状経過と治療経過（検査結果・指示食等）				
処方				
患者に関する留意事項				
病状説明（告知）： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 未告知				
説 明 内 容：				
アレルギーの有無： <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無				

姫路赤十字病院 地域連携課 FAX：079-299-5519

医療連携FAX予約送信票

令和 年 月 日

姫路赤十字病院

医療機関

診療科
 医師 先生

所在地
 電話番号 FAX
 診療科 医師 印

ふりがな				性別	生年月日			来院方法		
患者氏名				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)			<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車		
住所	〒 ①自宅電話番号： ②連絡先〔携帯・その他（ ）〕									
保険情報	保険者番号				公費	負担者番号				
	記号	(本人・家族)				受給者番号				
	番号				福	記号				
	資格取得	昭・平・令 年 月 日				番号				
受診希望日 ① 月 日 () ② 月 日 () 備考：都合の悪い日等										
その他	該当する場合に✓を付けて下さい				追加情報がありましたらご記入下さい					
	<input type="checkbox"/> 自費									
	<input type="checkbox"/> 事故									
	<input type="checkbox"/> 生保									

上記の患者さまについて別添「診療情報提供書」のとおりご紹介いたしますので、ご高診、ご加療を宜しくお願い申し上げます。

【用紙の使用方法】

- このFAX予約送信票は、診察、検査を予約依頼していただくときに、診療情報提供書とともに依頼病院にFAX送信して下さい。
- 診療情報提供書は、1部を紹介元医療機関の控えとして保管いただき、1部を依頼病院へ患者様が来院される時にご持参いただくようお願いします。

姫路赤十字病院 地域連携課 FAX：079-299-5519