

診療情報提供書（紹介状）

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	パートナー同伴の有無
患者氏名	旧姓（ ）	☐ 女性	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	☐ あり ☐ なし ※パートナーが同伴ください。同伴できない場合、予約時に理由を記載ください ()
住 所	〒 ①自宅電話番号 ②連絡先〔携帯・その他（ ）〕			
紹介目的	☐ NIPT受検の相談			
妊娠週数 出産予定日	妊娠 週 日（ 年 月 日時点） 出産予定日 年 月 日			
過去の妊娠 出産歴		既往歴		
経過 ※人工授精・体外受精などの場合、その情報を記載ください。 またNT肥厚など胎児異常を疑う所見があれば必ず記載ください。				
処方 ※抗凝固薬の使用があれば必ずご記載ください				
身長（ cm） 体重（ kg）				
妊婦に関する留意事項				
アレルギーの有無： ☐ 有（ ） ☐ 無				

※当院で出産を希望される方は従来の方でご予約ください。
その際にNIPTご希望があることを記載ください。

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		所在地	
医師	先生	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											☐ 男性 ☐ 女性	大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)				☐ 歩行 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ 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									
	☐ 自費																			
	☐ 事故																			
	☐ 労災																			
	☐ 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】

- 1. 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。
- 2. 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。

2020年10月5日版