

診察・検査 依頼書

依頼日 平成 年 月 日

特定施設入居時等医学総合管理料
 在宅療養支援診療所

在宅療養指導管理料
 在宅時医学総合管理料

在宅末期医療総合診療科

紹介元	医療機関名	担当者氏名	
	医師名	FAX	
	連絡先	電話番号	

紹介先医療機関名

「*」印は開放型病床設置病院

市外局番は(077)

* <input type="checkbox"/> 大津赤十字病院	FAX 522-4385	TEL 522-8535	救急窓 <input type="checkbox"/>	FAX 522-4509
* <input type="checkbox"/> 大津市民病院	FAX 522-0192	TEL 526-8192		FAX 526-8468
* <input checked="" type="checkbox"/> 地域医療機構 滋賀病院	FAX 534-8419	TEL 531-2057		FAX 531-1357 (時間外のみ)
<input type="checkbox"/> 滋賀医科大学医学部附属病院	FAX 548-2792	TEL 548-2515		FAX 548-2408 (時間外のみ)
<input type="checkbox"/> 大津赤十字志賀病院	FAX 594-8462	TEL 594-8777		FAX 594-8462

<input type="checkbox"/> 本日希望	<input type="checkbox"/> 救急車で来院	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 救急部対応	<input type="checkbox"/> 外来対応(科 医師)

<input type="checkbox"/> 診察予約	科	<input type="checkbox"/> 医師	希望日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 早期希望
		<input type="checkbox"/> 外来担当医師	<input type="checkbox"/> あり ① 月 日() <input type="checkbox"/> AM・ <input type="checkbox"/> PM
			② 月 日() <input type="checkbox"/> AM・ <input type="checkbox"/> PM

<input type="checkbox"/> 検査予約	[部位]	希望日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 早期希望
		<input type="checkbox"/> あり ① 月 日() <input type="checkbox"/> AM・ <input type="checkbox"/> PM
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	② 月 日() <input type="checkbox"/> AM・ <input type="checkbox"/> PM
	<input type="checkbox"/> 医師指定(医師)	

造影剤使用時 尿素窒素()クレアチニン()検査日 年 月 日

CT・MRI 検査 ペースメーカーまたは体内金属 あり(種類) なし

内視鏡検査 前処置 紹介元で実施 紹介先に依頼 (排便状態・CF用 普通 便秘症)

紹介目的 (部位・症状・病名等)	<input type="checkbox"/> 紹介状参照	<input type="checkbox"/> 地域連携パス運用中	<input type="checkbox"/> 開放型病床利用	<input type="checkbox"/> 入院中
			
			

患者基本情報

○紹介先病院での受診歴【 あり ID番号() なし 】

フリガナ		性別	被保険者
患者氏名	(旧姓)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平	年 月 日(歳)	
住所	〒 電話番号 携帯番号		
保険情報	保険者番号	公費番号	
	記号	福祉医療	
	番号		
一部負担金の割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割		福 一部負担金 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし