

# 紹介状 (診療情報提供書・エコー検査依頼書)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

担当医師名:	科	印
電話番号:	( )	-
FAX番号:	( )	-
申込担当者:		

受診希望日 令和 年 月 日 ( )

フリガナ		受診歴	性別	患者さん予約待ち状況	
氏名		<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 貴医療機関にて外来待機中	
旧姓	※お分かりでしたらご記入をお願いします。	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 貴医療機関に入院中	
生年月日	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和			<input type="radio"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち	
	年 月 日 歳			<input type="radio"/> その他 ( )	
住所	〒 -				
自宅	( ) -	連絡先	( ) -	患者さん来院方法	
				<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車イス <input type="radio"/> ストレッチャー	

住所	〒 -				
----	-----	--	--	--	--

自宅	( ) -	連絡先	( ) -
----	-------	-----	-------

紹介目的	検査(エコー)	患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて (直接予約日変更時下記予約受付時間での対応となります)	
		<input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾	不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は、紹介元を通しての変更をお願いします。

目的部位	<input type="radio"/> 腹部
	<input type="radio"/> 心臓
	<input type="radio"/> 頸動脈
	<input type="radio"/> 腎動脈
	<input type="radio"/> 下肢静脈

診断名		主訴	
-----	--	----	--

①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」

結果(所見)返送方法	<input type="radio"/> すべて返送 <input type="radio"/> 所見のみFAX、その他郵送 <input type="radio"/> その他( )
------------	--

※ FAX予約受付時間(月~金 9:00~18:30 土 9:00~11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)

令和6年4月改定