

この度は患者さんをご紹介いただき、誠に有難うございます。
診断、治療方針がつき次第ご報告させていただきます。
今後ともご指導ご鞭撻賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

送信先：社会医療法人寿会 富永病院 FAX (06)6568-1970

診療情報提供書(予約申込書)

年 月 日

【紹介先医療機関】

【ご紹介元医療機関】

富永病院

名 称

- 科
- 脳神経外
脳神経内
循環器内
整形外科
神経形成外

先生

医 師 名

印

TEL ()

FAX ()

フリガナ		<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災
氏名	男・女	貴院； <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中（※別紙受診票必要）
生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日	患者入院中の場合； <input type="checkbox"/> 本人受診 <input type="checkbox"/> 家族相談 支払い方法； <input type="checkbox"/> 本人請求 <input type="checkbox"/> 病院請求

以下の質問に必ずチェック、ご記入をお願いします。

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> ガンマナイフ（火・水・土のみ） <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン（午後のみ） <input type="checkbox"/> DEXA検査（水・木のみ） ※以下より希望の項目をお選びください 項目 <input type="checkbox"/> A:検査+治療方針の提案（受診2回） <input type="checkbox"/> B:検査+初期治療（受診複数回） ※連携強化診療情報提供料に係る質問（貴院で以下の算定している項目にチェックを入れてください。） <input type="checkbox"/> 未算定 <input type="checkbox"/> 地域包括診療料 <input type="checkbox"/> 地域包括診療加算 <input type="checkbox"/> 小児かかりつけ診療料 <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 施設入居時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 320列-冠動脈CT（以下の項目について、わかっている範囲でご記入ください。） ・ペースメーカー（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ・埋込型除細動器（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ・造影剤副作用（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ・甲状腺機能亢進症（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ・喘息（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ・透析（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ・肝障害（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ・クレアチニン（ ）mg/dl ※上記有の場合及びクレアチニン1.4mg/dl以上の場合は検査できません ※検査0時間前にβブロッカーを服用するようご指示ください ※βブロッカーの禁忌①高度房室ブロック ②洞不全症候群 ③気管支喘息 ④COPD ⑤低血圧（最高血圧99mmHg以下） ⑥β遮断薬投与不適当 ※ビグアナイド系糖尿病治療薬は、検査前・後47時間休薬してください。 ※連携強化診療情報提供料に係る質問（貴院で以下の算定している項目にチェックを入れてください。） <input type="checkbox"/> 未算定 <input type="checkbox"/> 地域包括診療料 <input type="checkbox"/> 地域包括診療加算 <input type="checkbox"/> 小児かかりつけ診療料 <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 施設入居時医学総合管理料
受診希望日	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
来院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 介護タクシー 移動方法（ <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー）
付添い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→本人との関係（ ）
外国人の方	日本語（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可） 日本語不可の場合 言語（ ） 通訳付添い（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） 日本在住（ <input type="checkbox"/> 在住 <input type="checkbox"/> 短期滞在者 <input type="checkbox"/> 旅行者） 日本の健康保険証（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）
依頼内容	<input type="checkbox"/> 別紙参照（貴院書式の診療情報提供書を添付して頂いても結構です。）
疾患名	
主訴・既往歴	
病状経過等	
注意事項	※受診当日に発熱症状、咳、咽頭痛など症状がある場合は来院の前にご連絡願います。

受付：月～土 9:00～18:00（祝・日を除く）
問合せ先：地域医療連携室 TEL 06-6568-1980（直通）

2024.6月改定