

救急外来行 ← 救急患者紹介の場合こちらにチェックを入れてください
 来院方法 (救急車 自力) 救急患者紹介時の電話連絡先: 096-351-0099

外来紹介患者FAX依頼書 (兼 診療情報提供書)

記入日(西暦) 年 月 日

貴医療機関名	診療科
住所	貴医師名 先生
TEL FAX	ご担当者名 様

紹介患者情報

基本情報	フリガナ	男	西暦 / 明 大 昭 平 令	年齢
	患者氏名	女	生年 月 日	年 月 日 才
	現住所	〒 電話() -		
	ADL(独歩 車イス ストレッチャー) 酸素(有 無) ペースメーカー(有 無) ICD(有 無) クレアチニン(mg/dl 年 月 日 検査) BUN(mg/dl 年 月 日 検査)			
	外来患者 入院中 施設入所 (入所施設名:)			
希望内容	<input type="checkbox"/> 診察+検査 <input type="checkbox"/> 検査のみ (<input type="checkbox"/> 造影剤の使用を希望 / CD-R 要 不要)			
	<input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 総合腫瘍科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> ロボット専門外来			
	希望日 月 日		希望曜日 (月 火 水 木 金)	
	希望医師名 () → 医師へ連絡済み (済 未)			
希望検査・検査項目 CT MRI 腹部エコー RI その他() 部位()				
連絡	<input type="checkbox"/> 患者さんへ直接連絡をお願いします。 ※予約確定後に済生会熊本病院から紹介元医療機関様へご報告いたします。 <input type="checkbox"/> 当院へ連絡をお願いします。(<input type="checkbox"/> 現在患者さんが外来でお待ちです <input type="checkbox"/> ご帰宅)			

↓ 『診療情報提供書』を添付される場合は、下記記入不要です

診療情報	傷病名・紹介目的
	病状(症状)・経過・既往症・薬物アレルギー等
	現在の処方等