

紹介状・診療情報提供書 兼共同利用申請書

送信先 (送信日 年 月 日)

FAX:089-987-6271
愛媛県立中央病院

科

先生 御侍史

送信元

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

3次救急患者紹介につきましては、担当医に連絡後3次専用FAX【FAX089-947-1131】へ送信ください 当院電話担当医

フリガナ		性別	受診歴	有・無	旧姓	
氏名		男・女	診察券番号			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 ()歳		受診希望日時			
住所	〒		① 年 月 日 () 時頃			
電話			② 年 月 日 () 時頃			
携帯			③ 年 月 日 () 時頃			
			1. 上記日時を希望			
			2. いつでも可 3. なるべく早く			

傷病名						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 検査 (<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> FDG-PET)					
既往歴						
症状経過 治療経過						
(紹介目的がFDG-PETにあつては空腹時血糖値および保険適用となる要件を充たす検査結果および画像診断所見)	医療放射線被ばくに関する説明と同意 (有・無) ※CT・RI・FDG-PET検査時は説明と同意が必須					
	腎機能障害有(検査日 /)Cr値()又はeGFR値()	空腹時血糖値				mg/dl
	※造影CT/造影MRI検査時必須			※FDG-PET検査時必須		
処方						
提供資料	<input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他					

被保険者氏名	本人・家族	保険者番号							
記号・番号		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割						
公費負担者番号		公費負担者番号							入院中(<input type="checkbox"/> DPC)
受給者番号		受給者番号							外来通院中
保険適用外	妊娠 ・ 交通事故 ・ 労災 ・ 生活保護 ・ その他()								

以下は、当院の登録医の先生が入院目的の紹介をされる場合のみ御記入ください。

利用病床	<input type="checkbox"/> 一般病床 <input type="checkbox"/> 共同利用病床を利用した共同診療希望 (患者様の同意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
------	--

◎FAXは、平日(午前8時30分～午後5時)までに送信してください。【FAX番号 089-987-6271】

ただし、受診前日(土・日・祝日を除く)の場合は、午後3時30分までをお願いします。

◎FDG-PET検査は、原則、日常生活動作の良好な方が対象であり、小児あるいは患者様の状態によっては検査をお受けできない場合があります。

◎保険証の記号・番号は、保険情報のコピーでも結構です。

◎この診療情報提供書に記載されている個人情報、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。