診療依頼書（FAX送信票）

□外来患者　　□入院中　　□入所中

令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 市立長浜病院
 | **FAX　（０７４９）６５-２７３０**TEL　（０７４９）６５-２７２０/６８-２３４５ | 受付時間 | 午前8時30分～午後7時休診日：土、日、祝祭日、年末年始 |
| ☑ 長浜赤十字病院 | **FAX　（０７４９）６８-３３１５**TEL　（０７４９）６８-３３１４ |
| * 長浜市立湖北病院
 | **FAX　（０７４９）８２-３６４６**TEL　（０７４９）８２-３３６０ | 午前8時30分～午後5時休診日：水、日、祝祭日、年末年始 |

|  |
| --- |
| 紹介元医療機関名・医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL(　　　)　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX(　　　)　　　－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼項目 | □　診察　　　　　　　　　　　　　　希望日時：　　　月　　 　日　 　　時　 　　分　　診療科　　　　　　　　　　　　　担当医 □指定なし □医師指定　　　 　　　医師 | 来院方法 |
| □　救急車□　その他 |
| □　検査　　　　　　　　　　　　　　希望日時：　 　月　　 　日　 　　時　 　　分　　検査名　　　　　　　　　　　　　※市立長浜病院のみ、放射線科依頼の別様式あり |
| □　開放型入院(長浜市立湖北病院除く)　　希望日時：　 　　月　　 　日　 　　時　 　　分　　診療科　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 |
| 患者氏名 |  | (旧姓) | □男　□女 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日（　　　　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL(　　　)　　　－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 傷病名 | (必ず記入お願いします) | 該当するものに✔をつけてください。□健康保険　　　　　　　□生保□交通事故　　　　　　　□労災□自費(保険未加入)□その他(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 紹介目的 |  |

【用紙の使用方法】

1. 紹介患者依頼書として、予約診察、予約検査、予約入院を依頼していただく時にご記入の上、

該当病院「地域医療連携室(課)」へFAX送信してください。

1. 受付後、受付確認票をFAXにて返送します。（時間外・休診日は、翌診療日の返送になります。）
2. 診療情報提供書は、貴施設の様式で作成していただき、患者さまが来院されるときにご持参ください。