診療情報提供書 兼 受診予約申込書

□ 緊 急

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送信先 | （ 送信日　　　　年　　　月　　　日 ）　 |  | 送信元 |
| 松山赤十字病院　　　　　　　　　科 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 先生 御侍史 | 電話番号FAX番号 | 　　 ( ) (　 ) |
| □医師に連絡済（□上記医師と同じ □医師名　　 　　 　） | 医師氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性 別 | 旧姓 |  | 受診歴 | 有　・　無 |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 | 診察券番号 |  |
|  受診希望日時* + 1. 年　 　月　 　日( )　午前・午後 時頃
		2. 年　　 月　 　日( )　午前・午後 時頃
		3. 年　　 月　 　日( )　午前・午後 時頃

( 1. 　上記日時を希望 2.　いつでも可 ) |
| 生年月日 |  T ・ S ・ H ・ R 　　　年　　　月　　　日( 歳) |
| 住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| 携帯 |  | □現在患者さんがお待ちです。 |
| 傷病名 | 　 |
| 紹介目的 | □ 精査　□ 加療　□ 入院　□ 転院　□ 手術　□ 検査　(　□ 内視鏡　□ CT 造影( 要 ・ 不要 )　□ MRI造影( 要 ・ 不要 )　□ 他　　　　　　　) |
| A D L | □車イス　□ストレッチャー　　酸素　有・無　 | 来院方法 | □救急車　□自力　付き添い　有（　　　）・無 |
| 既往歴 |  |
| 病状経過治療経過 |  |
| 医療放射線被ばくに関する説明と同意（ 有 ・ 無 ）　※CT・PET-CT・RI検査の際は説明と同意が必須 |
| Cr値(　　　　　　)又はeGFR値(　　　　　　) 測定日:　　　年　　月　　日 | 空腹時血糖値　　　　　　　　　mg/dl |
| ※造影CT/造影MRI検査時必須 (未記入時には造影できません) | ※FDG-PET検査時必須 |
| 処方 |  |
| 提供資料 | □ 画像データ　　 　　□ 心電図記録　 　　　□ 検査結果　　　　 □ 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　（ □ DPC ） |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 外来通院中 |
| 保険適応外 | 妊娠　・　交通事故　・　労災　・　生活保護　・　その他（　　　　　　　　） |

* **平日、午前８時30分～午後４時30分までのFAX受付分は当日に診療予約受付票を返信いたします。**

**午後４時30分以降のFAX受付分については、翌日の返信となります。**

**地域医療連携室【TEL 089-926-9527】【FAX 089-926-9547】**