# 診療情報提供書（申込書）

社会医療法人　北晨会　恵み野病院
地域医療連携室　宛
〒061-1395
恵庭市恵み野西2丁目3番5
TEL（0123）36-7555
FAX（0123）37-2660

記載年月日　　年　　月　　日
御紹介元
御 住 所
医師御氏名
TEL
FAX

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 患者様<br>住　所 | |
| 患者様氏名 | 様（男・女） | | |
| 生年月日 | 年　月　日　才 | TEL | |

| | |
|---|---|
| 希望診療科 | 1.循環器内科　2.消化器内科　3.糖尿病内科　4.総合内科　5.小児科　6.泌尿器科　7.皮膚科　8.外科　9. 放射線科<br>10.整形外科　11.脳神経外科　12.形成外科　13.心臓血管外科　14.耳鼻咽喉科　15.その他（　　） |
| 紹介目的 | □診察　□検査　□入院　□その他　（　　） |
| 受診希望日 | □救急　□当日　□特になし　□特定日時希望　（　　月　　日　　午前・午後　） |
| 主訴又は傷病名 | |
| 既往歴・家族歴等 | |
| 症状経過<br>治療経過<br>現在の処方<br>バイタル等<br>（簡潔でもかまいません） | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 患者様の状態（お分かりになる範囲でお願いします。） | 日常生活自立度 | J・　A・　B・　C | 認知度判定基準 | Ⅰ・　Ⅱa・　Ⅱb・　Ⅲa・　Ⅲb・　Ⅳ・　M | |
| | 感染症 | 未・無・有/HB/HC/TPHA/MRSA/他（　　） | | 体内外金属 | 無・有（　　） |
| | 薬剤過敏 | 不明・無・有（　　） | | | |
| | 腎機能異常 | 不明・無・有（　　） | 造影剤過敏 | 不明・無・有（　　） | |
| | 酸素の使用 | 無・有　（　　）ℓ | | | |
| | 意識状態 | 正常　・　傾眠　・　半昏睡　・　深昏睡 | | | |
| 要望事項<br>留意事項 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険者番号 | | 公費負担者番号 | |
| 記　　号 | | 公費負担受給者番号 | |
| 番　　号 | | | |
| 被扶養者氏名 | | 公費負担者番号 | |
| 続　　柄 | | 公費負担受給者番号 | |

・枠内の項目をご記入の上、上記へ送信お願い致します。
・15分程度で『予約票』患者様用をFAXにて返信させていただきます。
・事前のｶﾙﾃ作成で患者様の待ち時間が短縮できますので、保険の記入にご協力ください。ｶﾙﾃの表紙のコピーでもかまいません
・１７時以降の2次救急で急を要するご紹介は、当直医に電話連絡後にFAX（０１２３－37-2660）送信お願い致します。