

診療情報提供書(受診依頼票)

年 月 日

トヨタ記念病院

科 先生

* 受診希望日: ① 年 月 日() 医療機関名 _____
 ② 年 月 日() 医師名 _____ 印
 ③ 年 月 日() TEL _____
 その他希望事項: _____ FAX _____

《予約確定日: 年 月 日 時 分》※インターネット予約の場合は予約確定日に記入

依頼区分	1. 外来診察依頼	2. 入院依頼	3. 転院依頼(入院→入院)
(フリガナ) 患者氏名	男 女 様	生年 月日	明・大 昭・平 令 年 月 日(歳)
住 所	〒		
T E L		勤務 先	
* 保険証・おくすり手帳は受診当日に持参するようご指導をお願いいたします。			
傷 病 名			
紹介目的 <input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> 手術目的 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン (その他: _____)			
〈既往歴・家族歴 / 経過及び検査結果 / 現在の処方等々〉 詳細後日送付の場合はチェック → <input type="checkbox"/>			
<p>なお、受診後の結果、今後の診療方針等について後日ご連絡をお願いいたします。</p> <p>検査結果等の添付: レントゲン・CT・MRI・心電図・超音波検査(部位: _____)・その他(_____)</p> <p>連携パス適用中の患者様の場合はチェック → <input type="checkbox"/></p>			
※救急車の場合はチェック→ <input type="checkbox"/> 救急車で来院		登録医記入: 入院の場合、開放病床利用(1.希望 2.希望無し)	
【外来除く】認知症 → 有・無		【外来除く】ADL → 自立・要介助・寝たきり	
【来院方法】 独歩 ・ 車イス ・ ベッド			