

## 診療情報提供書 兼 診療申込書

塩竈市立病院 担当医師宛

※この用紙は当院HPよりダウンロードすることができます。

FAXの受付は24時間随時行っております。(ただし、夜間・土・日・祝日・年末年始は地域医療連携室担当者不在の為、お返事は翌日または休日明けになりますのでご了承ください。)

## 【紹介元医療機関】

施設・医療機関名

所在地

TEL

FAX

## ◆患者様情報

フリガナ 氏名	.....	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)
住所	(〒 - )		
TEL	自宅電話： .....	携帯電話： .....	
紹介目的・症状(傷病名)	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書添付(貴院所定の診療情報提供書の添付願います) <input type="checkbox"/> ※検査データや画像、お薬手帳は当日ご持参ください		

いつもご紹介ありがとうございます。

今後とも、より円滑な地域医療連携が図れるよう職員一同努力して参りますので、宜しくお願い申し上げます。

なお、不明な点等がございましたらいつでもご連絡ください。

## ◆受診希望科

受診希望されます科に、をお願いいたします。

<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	リウマチ科
<input type="checkbox"/>	内科・消化器内科	<input type="checkbox"/>	心療内科
<input type="checkbox"/>	内科・肝臓内科	<input type="checkbox"/>	小児科
<input type="checkbox"/>	内科・循環器内科	<input type="checkbox"/>	外科
<input type="checkbox"/>	内科・糖尿病内科	<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	内科・腎臓内科	<input type="checkbox"/>	眼科
<input type="checkbox"/>	内科・心療内科	<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	神経内科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/>	脳神経内科	<input type="checkbox"/>	婦人科
<input type="checkbox"/>	緩和医療内科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	女性漢方外来
希望医師： 有 ・ 無 有の場合 _____ 医師			
受診希望日： 有 ・ 無 有の場合 第1希望 年 月 日 第2希望 年 月 日			

※CT、MRI 依頼は地域医療連携室へ直接お問い合わせください。(この申し込み用紙は不要です)

※通常の内視鏡検査では、抗凝固薬の中止は必要ありません。しかし、治療内視鏡の場合は抗凝固薬の中止が必要になります。抗凝固薬の中止が可能かどうかについて分かる範囲でをお願いします。抗凝固薬は中止できません。中止します。不明です。

問い合わせ・連絡先：地域医療連携室 TEL/FAX 022-361-7217