

# 診療情報提供書(診察・検査依頼)

共同利用対象医療機器等申請書および  
開放型病床利用申請書を兼ねております

令和 年 月 日

J A 愛知厚生連 江南厚生病院 宛

地域医療連携センター / 直通電話 (0587-51-3344)

直通 FAX (0587-51-3343)

※ 時間外・緊急時・入院要請は代表電話へお願いいたします  
代表電話 (0587-51-3333) ・ F A X (0587-51-3300)

医療機関名	
所在地	
診療科名	
医師名	(印)
TEL( ) - FAX( ) -	

## 患者基本情報

フリガナ	(男・女)	生年 月日	大・昭・平・令	年	月	日生(才)
患者氏名	(旧姓)	自宅電話	( )	-		
		携帯電話	( )	-		
住所	〒	市	郡	区	町	
保険情報	保険者番号		子・障・母・福	前高・後高	( )	割
	記号・番号	.	公費負担者番号			
	続柄	本人・家族	公費受給者番号			

## 紹介予約

ご希望日をご記入のうえ、**診察**または**検査**にチェックをお入れください。

希望日	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 診察	科	医師	<input type="checkbox"/> 医師の指定なし <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> WEB予約
<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> CT	単純・造影	頭部・胸部・腹部・その他( )
	<input type="checkbox"/> MRI	単純・造影	頭部・腰椎・頸椎・その他( )
	<input type="checkbox"/> RI	骨・脳血流	( )・その他( )
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	経鼻(無・有)11時	セデーション(無・有)10時・10時30分 抗血栓薬(無・有)
	<input type="checkbox"/> 胃瘻交換	機種名( )	機種カードのコピーを添付してください
<input type="checkbox"/> 超音波	腹部・甲状腺	<input type="checkbox"/> 脳波(大人)	

傷病名・紹介目的	既往歴・家族歴
----------	---------

症状及び治療経過 <input type="checkbox"/> 別紙参照 ※ 大腸カメラ希望(診察依頼)の場合、抗血栓薬の休薬(可・否)
現在の処方内容

こうせいネット：カルテ公開及び参照につき	<input type="checkbox"/> 説明、同意了承済	<input type="checkbox"/> 説明、希望なし
----------------------	-----------------------------------	----------------------------------

今後についての治療方針	<input type="checkbox"/> 逆紹介希望	<input type="checkbox"/> 貴院での診療または他院希望	<input type="checkbox"/> 併診希望	<input type="checkbox"/> 状況によって逆紹介
-------------	--------------------------------	--	-------------------------------	------------------------------------

備考：CD-R、X線フィルム及び検査の結果等がございましたらご持参ください。