

※ 保険情報は、保険証の写しをFAXしていただければ記載不要です

公費負担番号										令和										年	月	日								
公費負担医療の受給者番号										保険者番号										年	月	日								
上記以外の公費 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										被保険者証・被保険者手帳の記号・番号										被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	枝番									
紹介先医療機関等名 稲城市大丸1171 稲城市立病院										紹介元医療機関の名称・所在地																				
科										先生										医師名										印
受診希望日 ① 月 日										緊急性の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										TEL										
受診希望日 ② 月 日																				FAX										
フリガナ										旧姓										<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> R							
患者氏名										様	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日生	歳	TEL														
住所										稲城市立病院への受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳																				
症状																														

\*  チェックをお願いします

### 患者紹介状 [ファクシミリ送信用]

・ 診療受付時間 平日午前 { 初診患者 午前8時30分～午前11時00分  
再診患者 午前8時30分～午前11時30分

・ 休診日 土・日・祝日・年末年始

・ 地域医療支援センター 地域支援室内でスタッフが執務をしていますので、ご用命の際は初診受付へお声かけ下さい

業務時間：平日8時30分～17時まで(受付 16時30分まで)

(上記以外の時間で、当日受診の依頼は医事当直へご依頼ください)

(下記代表TEL)

**FAX: 042-377-1218**

**TEL:042-377-0931(代) 内線1140**

※当日診療や緊急入院が必要な場合は、地域支援室 医療連携係と調整していただいた後、患者紹介状をFAX送信して、カルテを準備します。

※患者紹介状、CD-ROM等は、本人に持参させてください。

## 診療情報提供書(患者紹介状)

紹介先医療機関等名

令和	年	月	日
----	---	---	---

稲城市大丸1171

**稲城市立病院**

紹介元医療機関の名称	
・所在地	

\*  チェックをお願いします

	科		先生	医師名	(印)		
受診希望日	①	月	日	緊急性の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	TEL		
	②	月	日		FAX		
フリガナ	旧姓			<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R			
患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男	年	月	日生	歳
			<input type="checkbox"/> 女	TEL			
住 所				稲城市立病院への受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
症 状							
傷 病 名							
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査	<input type="checkbox"/> 加療					
	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> その他					
既往歴及び家族歴							
症状経過及び検査結果							
治療経過							
現在の処方							
備 考	既検査成績	年	月	日実施			
	1) アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ぜんそく	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	蕁麻疹	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	血液型 <input type="checkbox"/> 型
	2) HBs抗原	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	HBs抗体	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	梅毒	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
	3) 検査時に特に注意する点等						
				病状の安定により貴院への返送に対する希望	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	
紹介元医療機関より	①	レントゲンフィルム	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	②	心電図記録等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	③	検査結果伝票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	④	CD-ROM	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	