診療情報提供書　兼　受診予約申込書 □ 緊急

　送信元　（記入日　　 　年　　　　月　　　　日）　 　送信元

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

松山まどんな病院

　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

　　 科 先生 御侍史 電話番号 （　　　　）

FAX番号 （　　　　）

【地域医療連携室】

**TEL: 0120 – 260 – 770**

**FAX: 089 – 931 – 5123**

医師氏名

印

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 受診歴 | 有・無 | | 旧姓 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 診察券番号 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | 受診希望日時  ①　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時頃  ②　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時頃  ③　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時頃  　（１．上記日時を希望　　２．いつでも可） | | | | |
| 住所 | 〒 | |
| 電話 |  | |
| 携帯 |  | | 職業 | | | | |
| 傷病名 |  | | | | | | |
| 紹介目的 | □精査　　□加療　　□入院　□転院　□手術  □検査　（　□内視鏡　　□CT造影（要・不要）　□MRI造影（要・不要）　□他　　　　　） | | | | | | |
| 既往歴  家族歴 |  | | | | | | |
| 病状経過  検査結果  治療経過 |  | | | | | | |
| Cr値（　　）又はeGFR値（　　）測定日：　　年　　月　　日  ※造影CT/造影MRI検査時必須（未記入時には造影できません） | | | | 空腹時血糖値　　　mg/dl  ※FDG-PET検査時必須 | | |
| 処方 |  | | | | | | |
| 提供資料 | □画像データ　　□心電図記録　　　□検査結果　　　　□その他 | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | 本人・家族 | 保険者番号 | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 記号・番号 |  | | | | | | | | | 負担割合 | | | | 1割　・　2割　・　3割 | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費負担者番号 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | 入院中（□ DPC）  外来通院中 | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |
| 保険適応外 | 妊娠　・　交通事故　・　労災　・　生活保護　・　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |