

診 察 検 査 依 頼 書

特 定 施 設 入 居 時 等 医 学 総 合 管 理 料 在 宅 療 養 指 導 管 理 料

在 宅 療 養 支 援 診 療 所 在 宅 時 医 学 総 合 管 理 料 在 宅 末 期 医 療 総 合 診 療 料

紹 介 元 医 療 機 関 名 ・ 医 師 名

電 話 番 号 () F A X ()
「 受 付 確 認 票 」 別 途 送 付 先 電 話 番 号 () F A X ()

紹 介 先 医 療 機 関 名 「 * 」 印 は 開 放 型 病 床 設 置 病 院

* <input type="checkbox"/>	大津赤十字病院	FAX 522-4385	TEL 522-8535	救 急 窓 口	FAX 522-4509
* <input type="checkbox"/>	大津市民病院	FAX 522-0192	TEL 526-8192		FAX 526-8468
* <input type="checkbox"/>	社会保険滋賀病院	FAX 534-8419	TEL 531-2057		FAX 531-1357 (時間外のみ)
<input type="checkbox"/>	滋賀医科大学附属病院	FAX 548-2792	TEL 548-2515		FAX 548-2408 (時間外のみ)
<input type="checkbox"/>	大津赤十字志賀病院	FAX 594-8462	TEL 594-8777		FAX 594-8462

診 療 科	<input type="checkbox"/> 救 急 部	担 当 医	(指 定 が あ れ ば お 書 き く だ さ い)	希 望 日 時	<input type="checkbox"/> 本 日 受 診 希 望
	<input type="checkbox"/> 科		<input type="checkbox"/> 救 急 医 師		<input type="checkbox"/> 日 付 指 定
			<input type="checkbox"/> 医 師		① 月 日 () : 頃
			<input type="checkbox"/> 外 来 担 当 医 師		② 月 日 () : 頃

※ 可 能 な 限 り 別 途 前 も っ て 紹 介 状 を F A X も し く は 郵 送 し て 頂 き ま す よ う ご 協 力 お 願 い し ま す 。

紹 介 依 頼 目 的	病 名 、 症 状 を ご 記 入 く だ さ い 。 <input type="checkbox"/> 紹 介 状 参 照 (同 時 に F A X) <input type="checkbox"/> 地 域 連 携 パ ス 運 用 中 ()
	<input type="checkbox"/> 受 診 日 入 院 希 望 <input type="checkbox"/> 受 診 後 入 院 日 決 定 <input type="checkbox"/> 開 放 型 病 床 利 用

※ 本 日 を 希 望 さ れ る 場 合 の 来 院 方 法 <input type="checkbox"/> 救 急 車 <input type="checkbox"/> そ の 他	

検 査 名	<input type="checkbox"/> 単 純	<input type="checkbox"/> 診 察 日 同 日	<input type="checkbox"/> 医 師 指 定 (医 師)
	<input type="checkbox"/> 造 影	<input type="checkbox"/> ① 月 日 ()	<input type="checkbox"/> ② 月 日 ()
放 射 線 検 査	ペ ー ス メ ー カ ー ま た は 体 内 金 属 <input type="checkbox"/> あ り (種 類) <input type="checkbox"/> な し		
内 視 鏡 検 査	前 処 置 <input type="checkbox"/> 紹 介 元 で 実 施 す る <input type="checkbox"/> 紹 介 先 に 依 頼 す る (大 腸 F <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 便 秘 症)		
	ポ リ ペ ク <input type="checkbox"/> 希 望 し な い <input type="checkbox"/> 希 望 す る (原 則 、 入 院 と な り ま す)		
感 染 症 検 査 情 報	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り ()		

患 者 基 本 情 報 ○ 紹 介 先 病 院 で の 受 診 歴 【 あ り ID 番 号 () な し 】

フリガナ		性別	被 保 険 者	続 柄
患 者 氏 名		男 女		
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日	(歳)	
住 所	〒 -			
電 話	電 話 番 号 (-) 携 帯 番 号 (-)			

保 険 情 報	保 険 者 番 号	公 費 番 号
	記 号	
	番 号	福 祉 医 療
	資 格 取 得	年 月 日
	資 格 有 効 期 限	年 月 日
一 部 負 担 金 の 割 合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	<input checked="" type="checkbox"/> 一 部 負 担 金 あ り ・ な し

入 院 中 外 来 患 者 ※ 入 院 中 の 場 合 、 算 定 し て い る 入 院 料 ()