

診療情報提供書（兼）受診依頼票

令和 年 月 日

愛知医科大学メディカルセンター

受診希望科 _____ 科
_____ 先生

受診希望日① 令和 年 月 日 ()

受診希望日② 令和 年 月 日 ()

その他希望事項： _____

医療機関名

所在地

医師名

印

TEL () -

FAX () -

次の項目の届け出状況にチェック☑をお願いいたします。☐地域包括診療加算 ☐地域包括診療料

☐小児科かかりつけ診療料 ☐在医総管（☐在支診）☐施設総管（☐在支診）

フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
患者氏名	□□ □□ 様	男・女			
住所 (事前紹介時のみ ご記入下さい)	〒 -			TEL	() -
※ マイナンバーカード又は保険証は受診当日に持参するようご指導をお願いします。					
紹介目的	☐診察 ☐手術 ☐入院 ☐検査依頼 (MRI・CT・DEXA・心エコー) ☐その他 ()				
傷病名 (主訴)					
既往歴	薬物アレルギー (有 ・ 無)				
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方等					
DEXA・栄養相談 心エコーは必須	身長 () cm 体重 () kg				
栄養相談内容	指示栄養量 () kcal 塩分制限 (有 ・ 無) *直近の採血データの添付をお願いいたします。 その他の指示 []				
フィルム・CD-R	☐有 [☐患者持参 ☐集配 ☐郵送] ☐無			返却	要 ・ 不要
その他検査結果等	☐有 [☐患者持参 ☐集配 ☐郵送 ☐FAX] ☐無			返却	要 ・ 不要
受診当日状況	☐入院中 ☐通院中 ☐老人保健施設入所中		*入院中に受診される際は、入院患者連絡票の添付をお願いいたします。 *老健入所中の方は受付にて現在入所中と分かるようご連絡願います。		

愛知医科大学メディカルセンター 地域医療連携室 <事前紹介受付時間> 平日：9：00～18：00
TEL (0564) 64-6519 (直通) FAX (0564) 45-1789