**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

医療機関名

所　在　地

医 師 名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

ＴＥＬ　　（　　　　）　　 －

ＦＡＸ　　（　　　　）　　 －

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（　）

□ 希望日なし

次の項目の届け出状況にチエ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 | ( ) － |
| 保 険 情 報保険証のコピーをＦＡＸしていただいても結構です | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 子・障・母　 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 紹介目的 | □診察　□手術　□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（　　　　　　　　）㎝　　　　体重（　　　　　　　）㎏ |
| 栄養相談内容 | 指示栄養量（　　　　　）㎉　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・CDR | □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。 |