

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 ()

希望日なし

以下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 地域包括診療科 小児かかりつけ診療科 在医総管 (在支診) 施医総管 (在支診)

医療機関名	
所在地	
診療科	
医師名	
TEL () -	
FAX () -	

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 () -	
					携帯電話 () -	
保険情報	保険者番号				子・障・母・前高・後高(割)・福	
保険証のコピーを FAXしていただい ても結構です	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	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 検査依頼 (MRI・CT・DEXA ・心エコー) <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> その他 ()					
*放射線検査の正当性のインフォームドコンセントをお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 済						
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	*紹介目的と主訴を簡単にご記入ください。紹介状が出来上がり次第、FAXにて送信ください。					
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。 その他指示 []					
フィルム・CD-R	<input type="checkbox"/> 有	[<input type="checkbox"/> 患者持参 <input type="checkbox"/> 集配 <input type="checkbox"/> 郵送]			<input type="checkbox"/> 無	返却 要 ・ 不要
その他検査結果等	<input type="checkbox"/> 有	[<input type="checkbox"/> 患者持参 <input type="checkbox"/> 集配 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX]			<input type="checkbox"/> 無	返却 要 ・ 不要
受診当日の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 老人保健施設入所中		※入院中に受診をされる際は、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

TEL (0564) 64-6519 (直通)
FAX (0564) 45-1789 (直通)

< 事前紹介受付時間 > 平日 : 9 : 00 ~ 18 : 00