

# 紹介状 (診療情報提供書) (地域医療予約用) 令和 年 月 日

紹介先	□市立伊丹病院		
いづれかに	TEL 072-777-3773 (内線4450)		
要チェック	TEL 072-777-5701(地域医療連携室直通)	※ 直通電話は医療機関専用ダイヤルで、	
	FAX 072-777-8277 (地域医療連携室専用)	検査・診察予約受付のみの対応となります。	

科	先生	(紹介元)	住所	医療機関名	医師氏名	印
◇ 貴院での状況		□ 外来患者さま	→ 貴院で待機中 (はい・いいえ)	※受付時間外並びに内容によっては翌営業日の対応となります		
□ 入院患者さま						

患者氏名 (フリガナ)	男	生年月日	年 月 日
	女	M・T・S・H・R	( 歳)

住所 〒							
TEL ( )	-						
職業 ( )							

傷病名	全身状態	寝たきり・車椅子・一人で歩ける
	認知度	I・II・III・IV・M
	自立度	J・A・B・C

紹介目的

- 受診依頼【外来受診・入院治療(一般病床・開放病床利用)】
- 検査依頼(精査目的・診断目的)
- 手術依頼( )
- 栄養指導依頼(糖尿病・高脂血症・肥満・糖尿病性腎症)
- その他( )

\* 検査データを別紙にて添付してください。 ※要身長・体重

既往歴及家族歴	感染	1.HCV( +・- )
		2.H B( +・- )
		3.WaR( +・- )

症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方	身長	cm
	体重	kg

食物及び薬物アレルギー (品目)	
------------------	--

施設入所の有無	
施設名	

妊娠の有・無(有 週・無)	
在宅療養指導管理料(在宅自己注除く)の算定(有 ・ 無 )	

※特記事項および注意事項	
--------------	--

- 宛先の医師名が不明の場合は、科別のみご記入願います。
- 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録を添付して下さい。
- 感染症等検査データがありましたらご記入下さい。検査依頼の為改めてされる必要はありません。
- 直通電話は、医療機関からの予約受付専用で月・火・水・金の17～19時と土の9～12時のみ使用可能です。

様用 地域医療連携室 予約依頼票 受診歴(あり・なし)

◎受診(検査)希望日

① 当日希望 ⇒ 来院方法 : 救急車・救急車以外

② 第1予約希望日 月 日 曜日

③ 第2・3希望日 月 日 曜日・ 月 日 曜日

## ◎地域医療連携室で受付できる検査項目 (下記の項目にチェック願います)

◇一般撮影	<input type="checkbox"/> 胸部X線撮影 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ …… (触診結果もお願いします) 【豊胸(有・無)・ペースメーカー(有・無)・妊娠(有・無)】 <input type="checkbox"/> 骨塩定量(腰椎正面+大腿骨近位)
◇CT	<input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影剤使用 ※ 体重も必ずご記入ください ※ 腎機能(Cr: 測定日: . . . ) ※ ビグアナイド系血糖降下剤服用(有・無) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他(部位)
◇透視撮影	<input type="checkbox"/> 上部消化管透視 <input type="checkbox"/> 注腸透視
◇MRI	<input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影剤使用 ※ 腎機能(Cr: ) ※ 体重も必ずご記入ください 体内の金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ペースメーカー・ステント・クリップ・その他) <input type="checkbox"/> 3.0T ※3テスラ希望の場合のみチェックください <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄 <input type="checkbox"/> 四肢関節 (部位: ) <input type="checkbox"/> 肝臓部 <input type="checkbox"/> 膵臓部 <input type="checkbox"/> 腎臓部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 前立腺・膀胱部 <input type="checkbox"/> MRアンギオ(頭部、頸部、下肢)
◇核医学診断 (シンチグラム)	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 甲状腺 123 I <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> その他( )
◎ 検査結果	<input type="checkbox"/> フィルム(返却不要)希望 <input type="checkbox"/> CD-R(返却不要)希望 ←チェック無き場合はCD-Rでのお渡しとなります <input type="checkbox"/> フィルム・CD-R共に不要
◇内視鏡関係	<input type="checkbox"/> 上部消化管(○経口 ○経鼻) <input type="checkbox"/> 大腸(要受診) <input type="checkbox"/> 気管支鏡(要受診)
◇生理検査関係	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 肺機能(スパイロ) <input type="checkbox"/> 心エコー(心電図含) ※ <input type="checkbox"/> 循環器系検査Aセット(左記※の検査) <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー ※ <input type="checkbox"/> 循環器系検査Bセット(左記※の検査と心臓CT) <input type="checkbox"/> ABI(血圧脈波検査) ※

⑨ カルテの事前作成のために下記の健康保険証番号等の記載をお願いします。

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号	.	受給者番号	
枝番		種類	後期・老・高・身・母・乳・特・障
本人・家族別	本人・家族	有効期限	. . . ~ . . .
有効期限	. . . ~ . . .	負担割合	0割   1割   2割   3割

★ 高…前期高齢者 ★ 障…高齢重度障害者 ★ 後期…後期高齢者医療