診 察 ・ 検 査 依 頼 書　　①FAX送信票

公立甲賀病院　地域医療連携部　宛　　令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関名		医師名
TEL:　　－　　－		FAX:　　－　　－
診察依頼	診療科	医師名
	受診希望日（第1希望:　　月　日　）（第2希望:　　月　日　） （第3希望:　　月　日　）（第4希望:　　月　日　）・いつでも可	
	□救急　□一般外来　※入院になった場合の開放型病床利用について（可・不可）	
入院依頼	診療科	医師名
	□開放型病床利用　□一般病床　※個室希望（有・無）	
	□救急　□予約入院（第1希望:　　月　日　）	
検査依頼	検査希望日（第1希望:　　月　日　）（第2希望:　　月　日　）・いつでも可	
	CT（部位:　　造影:＋・－）　RI（　　上部内視鏡（経鼻・経口）下部:内科受診	
	MRI（部位:　　造影:＋・－・MRA　体重:　　kg）ペースメーカーの有無:　有　・　無	
	その他（　　）	※造影検査の場合、よろしければご記入ください。
	患者への検査の説明:　済	腎機能検査（　　mg/dl）→実施日（　／　）
	患者への造影検査の説明・同意:　済	気管支喘息（ 有 ・ 無 ）　アレルギー（ 有 ・ 無 ） 造影剤過敏症（ 有 ・ 無 ）

患者基本情報等

フリガナ		性　別
患者氏名		男　・　女
生年月日	M ・ T ・ S ・ H ・ R　　年　　月　　日生（　　歳）	
住所	〒 TEL	

本院受診歴の有無:　有（当院診察券患者番号＿＿＿＿＿＿＿＿）・無

寝たきり度:　□自立　□ J　□ A　□ B　□ C

認 知 度:　□自立　□ Ⅰ　□ Ⅱ　□ Ⅲ　□ Ⅳ　□ Ⅴ

予約時間や病室準備の参考にさせていただきます。

感染症検査:　未実施　・　実施済み　HBsAg（　）HCVAb（　）TPHA（　）MRSA（　）

病　　名

紹介目的

症状経過

治療経過

検査結果

既往症

（家族歴）

現在の処方

公立甲賀病院　地域医療連携部　TEL（0748）62－5267　FAX（0748）62－5273

1．1枚目は患者紹介依頼書として診療・検査・入院を依頼していただく時にご記入の上、「地域医療連携室」へFAX送信してください。
2．2枚目は診療情報提供書として患者さんが当院へ来院される時にご持参ください。（貴院の診療情報提供書でも結構です）
3．3枚目は紹介元医療機関の控えにしてください。

診 察 ・ 検 査 依 頼 書

②公立甲賀病院提出用

公立甲賀病院　地域医療連携部　宛　　令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関名	医師名
TEL:　　－　　－	FAX:　　－　　－
診察依頼	診療科　　医師名 受診希望日（第1希望:　　月　日　）（第2希望:　　月　日　） （第3希望:　　月　日　）（第4希望:　　月　日　）・いつでも可 □救急　　□一般外来 ※入院になった場合の開放型病床利用について（可・不可）
入院依頼	診療科　　医師名 □開放型病床利用　　□一般病床　　※個室希望（有・無） □救急　　□予約入院（第1希望:　　月　日　）
検査依頼	検査希望日（第1希望:　　月　日　）（第2希望:　　月　日　）・いつでも可 CT（部位:　　造影:＋・－）　RI（　　上部内視鏡（経鼻・経口）下部:内科受診 MRI（部位:　　造影:＋・－・MRA　体重:　　kg）ペースメーカーの有無:　有　・　無 その他（　　） 患者への検査の説明:　済 患者への造影検査の説明・同意:　済 ※造影検査の場合、よろしければご記入ください。 腎機能検査（　　mg/dl）→実施日（　／　） 気管支喘息（ 有 ・ 無 ）　アレルギー（ 有 ・ 無 ） 造影剤過敏症（ 有 ・ 無 ）

患者基本情報等

フリガナ		性　別
患者氏名		男　・　女
生年月日	M ・ T ・ S ・ H ・ R　　年　　月　　日生（　　歳）	
住所	〒 TEL	

本院受診歴の有無:　有（当院診察券患者番号＿＿＿＿＿＿＿＿）・無

寝たきり度:　□自立　□ J　□ A　□ B　□ C

認 知 度:　□自立　□ Ⅰ　□ Ⅱ　□ Ⅲ　□ Ⅳ　□ Ⅴ

予約時間や病室準備の参考にさせていただきます。

感染症検査:　未実施　・　実施済み　HBsAg（　）HCVAb（　）TPHA（　）MRSA（　）

病　　名

紹介目的

症状経過

治療経過

検査結果

既往症

（家族歴）

現在の処方

公立甲賀病院　地域医療連携部　TEL（0748）62－5267　FAX（0748）62－5273

1．1枚目は患者紹介依頼書として診療・検査・入院を依頼していただく時にご記入の上、「地域医療連携室」へFAX送信してください。
2．2枚目は診療情報提供書として患者さんが当院へ来院される時にご持参ください。（貴院の診療情報提供書でも結構です）
3．3枚目は紹介元医療機関の控えにしてください。

診 察 ・ 検 査 依 頼 書

③貴院控用

公立甲賀病院　地域医療連携部　宛　　令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関名	医師名
TEL:　　－　　－	FAX:　　－　　－
診察依頼	診療科　　医師名 受診希望日（第1希望:　　月　日　）（第2希望:　　月　日　） （第3希望:　　月　日　）（第4希望:　　月　日　）・いつでも可 □救急　　□一般外来 ※入院になった場合の開放型病床利用について（可・不可）
入院依頼	診療科　　医師名 □開放型病床利用　　□一般病床　　※個室希望（有・無） □救急　　□予約入院（第1希望:　　月　日　）
検査依頼	検査希望日（第1希望:　　月　日　）（第2希望:　　月　日　）・いつでも可 CT（部位:　　造影:＋・－）　RI（　　上部内視鏡（経鼻・経口）下部:内科受診 MRI（部位:　　造影:＋・－・MRA　体重:　　kg）ペースメーカーの有無:　有　・　無 その他（　　） 患者への検査の説明:　済 患者への造影検査の説明・同意:　済 ※造影検査の場合、よろしければご記入ください。 腎機能検査（　　mg/dl）→実施日（　／　） 気管支喘息（ 有 ・ 無 ）　アレルギー（ 有 ・ 無 ） 造影剤過敏症（ 有 ・ 無 ）

患者基本情報等

フリガナ		性　別
患者氏名		男　・　女
生年月日	M ・ T ・ S ・ H ・ R　　年　　月　　日生（　　歳）	
住所	〒 TEL	

本院受診歴の有無:　有（当院診察券患者番号＿＿＿＿＿＿＿＿）・無

寝たきり度:　□自立　□ J　□ A　□ B　□ C

認 知 度:　□自立　□ Ⅰ　□ Ⅱ　□ Ⅲ　□ Ⅳ　□ Ⅴ

予約時間や病室準備の参考にさせていただきます。

感染症検査:　未実施　・　実施済み　HBsAg（　）HCVAb（　）TPHA（　）MRSA（　）

病　　名

紹介目的

症状経過

治療経過

検査結果

既往症

（家族歴）

現在の処方

公立甲賀病院　地域医療連携部　TEL（0748）62－5267　FAX（0748）62－5273

1．1枚目は患者紹介依頼書として診療・検査・入院を依頼していただく時にご記入の上、「地域医療連携室」へFAX送信してください。
2．2枚目は診療情報提供書として患者さんが当院へ来院される時にご持参ください。（貴院の診療情報提供書でも結構です）
3．3枚目は紹介元医療機関の控えにしてください。