

大分県立病院診療支援センター(地域医療連携班)あて送信票

No.1

FAX 097-546-7368 総送信枚数: 枚(本用紙含む) 送信年月日: 平成 年 月 日

受診希望 診療科	科			医師
来院予定日	平成 年 月 日 (曜日)			
詳細	来院予定時間	<input type="checkbox"/> 受付時間内		<input type="checkbox"/> 受付時間外
	担当医師への連絡	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 []		

紹介元医療機関
TEL () -
FAX () -
紹介医師名

(注) 時間外の来院の場合は詳細の記入をお願いします。

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・治療	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 受診日当日の入院	<input type="checkbox"/> その他 []
------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

(注) 当日入院希望の場合は、事前に担当医師への連絡をお願いします。

ふりがな		男	住	〒	-
患者氏名		女	所		
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	TEL () -	※携帯可	
保険情報	保険区分	社保・国保・その他 []	保険者番号		
		本人・家族	記号・番号		
※右欄は、 いずれかを○印	公費	乳幼児・老人・その他 []	負担者番号		
		老人の場合の負担割合(1割・2割・3割)	受給者番号		

◆大分県立病院 診療支援センター(地域医療連携班)

○平日 8:00~17:00

TEL 097-546-7129 FAX 097-546-7368

○平日夜間 17:00~8:00/土・日・祝日

TEL 097-546-7111 FAX 097-546-7368

※ 防災センターが受け付けます。

※ 急患の場合は、事前に当直医への連絡をお願いします。

◆放射線科外来(直通)

○平日 8:30~17:00

TEL 097-546-7229

※ 放射線科への検査依頼方法 (CT・MRI・RI・エコー)

①検査予約は、放射線科外来にご連絡ください。

②放射線科で、検査日時の予約を受け付けて、ご返事をします。

③地域医療連携班あて、紹介FAX No.1及びNo.2をFAX願います。

※県立病院ID

受診歴区分	ID 番号
新患・科新患・再診	

患者様持参用診療情報提供書(紹介状)

No.2

平成 年 月 日

受診希望 診療科	科		医師
来院予定日	平成 年 月 日 (曜日)		
詳細	来院予定時間	<input type="checkbox"/> 受付時間内 <input type="checkbox"/> 受付時間外	
	担当医師への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 []	

紹介元医療機関
TEL () -
FAX () -
紹介医師名

(注) 時間外の来院の場合は詳細の記入をお願いします。

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・治療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 受診日当日の入院 <input type="checkbox"/> その他 []
------	---

(注) 当日入院希望の場合は、事前に担当医師への連絡をお願いします。

ふりがな	男・女	住所	〒 -
患者氏名			
生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 (歳)	TEL ※携帯可 ()	-
保険情報	保険区分	保険者番号	
	本人・家族	記号・番号	
※右欄は、 いずれかを○印	公費	乳幼児・老人・その他 []	負担者番号
	老人の場合の負担割合 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)		受給者番号

主訴又は病名	添付資料 (有 ・ 無) X-P・EKG・内視鏡フィルム・検査データ・CT MRI・ECHO・その他 ()
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	

備考

※県立病院 ID

受診歴区分	ID 番号
新患・科新患・再診	