

紹介状(診療情報提供書) 兼 診療申込書

(様式2)

令和 年 月 日

〒989-1253 宮城県柴田郡大河原町字西38番地1

みやぎ県南中核病院

医療機関名

循環器内科

先生

所在地

地域医療連携係行 FAX 0224-51-5506

担当科

科

電話 0224-51-5526

医師名

F A X

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	日生
患者氏名					(満 歳)	

住所(〒 -)	職業
	電話番号 ()- -

傷病名 症 状	
------------	--

紹介目的	症状		点数	
	安静時の呼吸状態	有 ・ 無	当日救急搬送	診察時の状態で記入 をお願いします。 合計 点
	坐位呼吸	有 ・ 無		
	SpO2低下(呼吸不全)	有 ・ 無		
	喘鳴	有 ・ 無	3点	
	胸水増加	有 ・ 無	2点	
	目標体重2kg以上超過	有 ・ 無	※両方該当でも2点	
	体動時の息切れ	有 ・ 無	2点	
	浮腫	有 ・ 無	1点	
	食欲不振	有 ・ 無	※両方該当でも1点	

既往歴	
-----	--

症状経過 処方内容	
--------------	--

保 険 者 番 号		記号		番号	
被 保 険 者 氏 名				区分	<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族
1 公費負担者番号				公費受給者番号	
2 公費負担者番号				公費受給者番号	
<input type="checkbox"/> 電話にて県南中核病院医師に連絡済み				※自己負担割合(外来)	
				<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	

診察希望日時	第 1 希 望	月 日 時 分頃
	第 2 希 望	月 日 時 分頃
	そ の 他 の 希 望	
<input type="checkbox"/> 電話にて患者さんから予約希望日連絡		

□地域医療連携係受付時間 平日8:30~17:00 ※FAXは翌日受診分については、前日の15時迄にお送り下さい。

① FAXの受付は、24時間随時行っておりますが、休診日と上記時間帯以外のお申し込みにつきましては、誠に勝手ながら翌日もしくは休み明けに回答させて頂くこととなりますのでご了承ください。

□病院休診日:土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12/29~1/3)

② 電話でお申し込み頂いた場合も、あとでこの用紙をFAXしてお送りいたしますようお願いいたします。

みやぎ県南中核病院