

診療情報提供書 兼かかりつけ医の連絡用紙

年 月 日

紹介先医療機関名

担当医 科 殿

紹介元医療機関

所在地 _____

名称 _____

医師氏名 _____ 印

<必要な連絡事項>

「入院希望登録患者」と伝える

現在の状況 往診中 診療所で診察中
 その他の状況 (_____)

患者情報

氏名 _____ 生年月日

M・T
S・H

年齢 _____ 歳 性別

男・女

現在の症状 (紹介目的)

入院希望登録用紙及び3か月毎の患者連絡票に記載のある症状

上記以外の症状、その他診療に関する情報等

バイタル情報

(往診や診療所で
診察中の場合)

脈拍数	/分	呼吸数	/分
SpO ₂	%	体温	°C
血圧	mmHg	JCS	

来院方法と時間

救急車 自家用車 その他 (_____)
 来院予定時間 (_____ 分) 付添者

有・無 (_____)

連絡先

診療所 (_____) その他携帯等 (_____)

中和病院で受入れの調整 (折り返し連絡)

〔中和病院で受入可〕

- 救急車の手配
救急隊に受入先 (中和病院) を伝える
- 本紙 (診療情報提供書) を中和病院へ
F A X 0744-43-6625

〔中和病院で受入不可〕

- 受入先 奈良県立医科大学附属病院
 天理よろづ相談所病院
 高井病院
 その他
- 救急車の手配
救急隊に受入先 (サポート病院) を伝える
- 本紙 (診療情報提供書) をサポート病院へ
F A X