令和4年5月1日現在

ＦＡＸの受付は24時間随時行っております。（ただし、夜間・土・日・祝日・年末年始は地域医療連携室担当者不在の為、お返事は翌日または休日明けになりますのでご了承ください。）

塩竈市立病院　担当医師宛

※この用紙は当院ＨＰよりダウンロードすることができます。

**診療情報提供書　兼　診療申込書**

※CT、MRI依頼は地域医療連携室へ直接お問い合わせください。（この申し込み用紙は不要です）

※通常の内視鏡検査では、抗凝固薬の中止は必要ありません。しかし、治療内視鏡の場合は抗凝固薬の中止が必要になります。抗凝固薬の中止が可能かどうかについて分かる範囲で☑をお願いします。

□抗凝固薬は中止できません。　　　　　　□中止します。　　　　　　□不明です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 内科 | □ | リウマチ科 |
| □ | 内科・消化器内科 | □ | 心療内科 |
| □ | 内科・肝臓内科 | □ | 小児科 |
| □ | 内科・循環器内科 | □ | 外科 |
| □ | 内科・糖尿病内科 | □ | 整形外科 |
| □ | 内科・腎臓内科 | □ | 眼科 |
| □ | 内科・心療内科 | □ | 皮膚科 |
| □ | 神経内科 | □ | 耳鼻咽喉科 |
| □ | 脳神経内科 | □ | 婦人科 |
| □ | 緩和医療内科 | □ | 泌尿器科 |
| □ | 呼吸器内科 | □ | 女性漢方外来 |
| 希望医師：　有　・　無　　有の場合　　　　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 受診希望日：　有　・　無　　有の場合　　第1希望　　年　　月　　日　　第2希望　　年　　月　　日 |

受診希望されます科に、☑をお願いいたします。

**◆受診希望科**

いつもご紹介ありがとうございます。

　今後とも、より円滑な地域医療連携が図れるよう職員一同努力して参りますので、宜しくお願い申し上げます。

　なお、不明な点等がございましたらいつでもご連絡ください。

**問い合わせ・連絡先：地域医療連携室TEL/FAX　０２２－３６１－７２１７**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ****氏名** |  | **生年月日** | **大正・昭和・平成・令和****年　　　 月　　　 日(　　　歳)** |
| **住所** | **（〒　　　　　－　　　　　　）** |
| **ＴＥＬ** | **自宅電話：　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話：** |
| **紹介目的・症状（傷病名）** | □別紙診療情報提供書添付（貴院所定の診療情報提供書の添付願います）※検査データや画像、お薬手帳は当日ご持参ください |

**◆患者様情報**

**【紹介元医療機関】**　施設・医療機関名

　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　ＦＡＸ