

年 月 日

# 県立丹波医療センター患者紹介票（地域医療連携センター）

(地域医療連携センター直通TEL 0795-88-5220 FAX 0795-88-5231)

要緊急対応！！（の場合は救急科に直接連絡します）

貴院の情報提供書でご紹介頂く場合は「要緊急対応」の明記をお願いいたします。

施設名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

【旧姓】

ふりがな

患者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 M.T.S.H 年 月 日  
( 才)

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_

<希望する検査>

CT 3DCT 骨密度

MRI MRA ( VSRAD )

シンチ

脳血流 骨 レノグラム その他( )

造影：有 無

(部位名) \_\_\_\_\_

(その他検査名) \_\_\_\_\_

検査名と部位の記入、造影の有無をし、造影の場合は腎機能の検査と問診票・同意書の確認、署名をお願いします。

CDR コピー：要 不要

<ご紹介内容点>

主訴：病名：既往症：家族歴：症状経過

検査結果：治療経過：現在の処方

(紹介の目的)

受診第1希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

第2希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

受診希望科 \_\_\_\_\_ 科

医 師 名 \_\_\_\_\_ 医師

希 望：精査・診断 治療・観察  
入院 手術 検査

※緊急受診の場合の来院方法

救急車 自家用車

(医院→県立丹波医療センター)

注1： 画像検査は、検査予約が可能です。目的、対象臓器、方法などを明記ください。

注2： 保険情報の記入は必要ありません。\*患者様が来院の際には必ず保険証を持参して下さい\*