

患者紹介状(診療情報提供書)

※佐久医療センターの「地域医療連携室」は、「佐久総合病院(本院)」と「佐久医療センター」両院の紹介窓口となっています。

【患者基礎情報】

ふりがな.....
氏名.....(男・女)
生年月日 M・T年 月 日(歳)
S・H
住所 [] - []
.....
TEL ()

【紹介元】

紹介日年 月 日
医療機関名.....
医師名.....
TEL ()
FAX ()

【診療紹介】

紹介科.....科.....医師(医師の指定がある場合)
外来診療 転院 セカンドオピニオン 診療情報の照会 連携パス

【検査のみ紹介】(CT・MRIの紹介については、専用の申込用紙がございますのでそちらをご利用ください)

筋電図 SWT UCG トレッドミル ホルター型心電図
エコー(部位.....) ABI 携帯型自動血圧心拍計 脳波
RI(骨 脳血流 腫瘍炎症 心筋 負荷心筋 その他(.....))

【希望日】

本日(緊急)(来院方法:救急車 自家用車 Drへり)
後日 いつでも良い
希望日(① ② ③)
不都合日(① ② ③)

【診療情報提供書】(貴院の書式でもかまいません)

傷病名..... 現在入院中(である でない)

※ 服薬情報、血液データ、検査報告書など送信可能な資料がある場合は、併せて FAX お願いします。

佐久医療センター

TEL 0267-62-8181(代表) TEL 0267-88-7316(連携室直通)

【診療時間内の紹介先】

地域医療連携室

FAX 0267-88-7248

【休診日・時間外の紹介先】

救命救急センター

FAX 0267-88-7297

佐久総合病院(本院)

TEL 0267-82-3131(代表)

地域医療連携室

FAX 0267-81-1114