※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。

**患者紹介状(診療情報提供書)**

【患者基礎情報】 【紹介元】

ふりがな 　 紹 介 日 年　 　 月 　　日

氏名 　 　 　　（ 男 ・ 女 ） 医療機関名

Ｍ･ＴＳ・Ｈ

生年月日　　　　　 　年　 　月 　 　日(　 　歳) 医 師 名

住所 　　 　　　　　　　　 　　 　 TEL 　 　　　( 　　)

 　 FAX 　　 　　( 　　)

TEL　　　　 　( 　　) 　　　　□外来患者の紹介　　　□入院中の患者の紹介

【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･PET/CT･心筋SPECT**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）

□エコー（部位　　　　　 　　） 　□UCG　 　 　□ホルター心電図 □トレッドミル

□筋電図　　 □ABI　　□脳波　　□心リハCPX　　□睡眠ポリソムノグラフィ

□呼吸機能　　□その他（　　　　　　　　　　　　　 　）

□核医学（RI）　□骨　 □脳血流SPECT　 □脳DATスキャン　 □腫瘍炎症　 □甲状腺（I-123・Tl-201）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【希望日】

□**本日(緊急)**（ 来院方法：□救急車　□自家用車　□Drヘリ ）

□**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

既往歴

診療情報

※ 出来るだけ「処方」「検査データ」「検査報告書」などもご送付お願いします。

**【休診日･時間外の紹介先】**

**救命救急センター**

**FAX 0267-88-7297**

**【診療時間内の紹介先】**

**地域医療連携室**

**FAX 0267-88-7248**

**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**

**佐久医療センター**

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