

診察依頼書(FAX 送付用)

氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	男・女
住所		TEL	()				
主訴							
紹介の発端	<input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 医師のすすめ <input type="checkbox"/> その他()						
紹介の目的	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院検討のための診察 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> デイケア利用 <input type="checkbox"/> その他()						
緊急性	<input type="checkbox"/> 緊急に診察を要する <input type="checkbox"/> なるべく早期に診察を要する <input type="checkbox"/> 特に急がない						
貴病院名		TEL	()				
ご担当者		FAX	()				

<プライバシー保護の観点から、以下のご記入は、必ず患者様の承諾を得た上で行ってください。承諾なき場合は、診察依頼書のみの記入で予約できます。>

診療情報提供書(FAX送付用)

診断名							
家族状況	(同居家族) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり キーパーソン()						
治療歴	(通院歴) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 中断中() 病院・医院 (入院歴) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 病院など・最終退院 病院 年 月						
現病歴							
現在処方							
身体合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
薬物・酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(アルコール・覚醒剤・シンナー・睡眠剤等・その他)						
留意事項	<input type="checkbox"/> 禁忌薬剤() <input type="checkbox"/> その他()						

(御記入いただく先生方へ)

1. この用紙は、簡便に患者様をご紹介いただくために作成された、FAX用の「診察依頼書」兼「診療情報提供書」です。
2. この用紙をFAXしていただくと、当院では、できるだけご希望の時間に診察できるよう、準備を整えます。
なお、夜間休日の緊急診察は、先生方からの直接のお電話で承っております。情報センターを通していただく必要はありません。

時間外緊急受診の受付電話番号 0774(32)5900

3. 間違いを避けるため、患者様あるいは御家族様から、診察予約確認のお電話をいただくことになっています。診察希望日の前日までに(当日予約の場合は当院へ出発される前に)、必ず下記まで予約確認の電話をするよう、患者様にご指示ください。予約確認電話のない場合は、予約キャンセルとさせていただきます。

予約確認の電話番号 0774(32)5900 外来詰所まで

予約確認電話の受付時間 月曜～金曜 9時～17時

患者様への説明には、別紙「洛南病院の診察予約をされた患者様へ」をご利用ください。

4. この用紙は、専用のFAX回線を使って、医師または看護師しか受取できないように工夫されていますので、プライバシーの保護は万全です。前もって詳しい情報があれば、診察・入院の受け入れ準備を適切に行えますので、できるだけ診療情報提供書にも御記入くださるようご協力をお願いいたします。
5. ただし、診察依頼書のみのFAXでも予約は入りますので、FAXによる情報送付に不安を持たれる患者様につきましては、診療情報提供書は従来どおり患者様持参か郵送でお願いいたします。なお、この際にも、ぜひこの用紙をご利用ください。