様式２

（至急・通常）　連

 申込日時　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **【紹介元医療機関】** | 【医療機関名】 |  | **【　ご紹介内容　】** |
| 検査種目：（紹介目的）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 【所在地】 |
|  傷 病 名：（診　断） |
| 【医師名】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 【症状経過及び検査結果】 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　【治療経過】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　【現在の処方】 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　【備　考】 |
| 【ＴＥＬ】 |
| 【ＦＡＸ】 |
| **【紹　介　患　者　情　報】** | （フリガナ） |
| 患者氏名： |
| 住　　所： |
| 生年月日：明 大 昭 平 　　　　年　　　月　　　日 |
| 性　　別： **男 ・ 女** | 年 齢：　　　　歳 |
| 県立中央病院受診歴：□無　□有の場合↓【診療科名】　　　　　　　　　　　　　　 【中央病院ＩＤ№】　　　　　　　　　　　  |
| 各種検査等 | □糖　尿　病　：（□有　・　□無　）　（処方：　　　　　　　　　　　　　　 ）□ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ挿入：（□有　・　□無 　） |
| **腎不全の有無：□有　　□無**Cre：　　　　BUN：年　　　　月　　　日 |
| アレルギー性の有無：□無□有（抗原・疾患）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 喘息等の有無：□有　　□無 |
| 予約日程決定上の参考事項　 |

【ご注意】（必要がある場合は続紙に記載して添付してください。）

※必要がある場合は画像診断フィルム・検査の記録を添付してください。

※県立中央病院の受診歴がある患者さんは、必ずその旨を記入してください（保険証番号は記載しなくて結構です）

※はじめて受診される患者さんは、受診前に新規登録をおこないます。

　総合カウンター②番（新患受付）にて手続きするよう指導してください。

※ご不明な点は、地域医療連携室にお問合せください。

　連絡先　　TEL：０２９６－７７－１１２１　内線２７０３

　　　　　　FAX：０２９６－７８－３５８９

**茨城県立中央病院**

**茨城県地域がんセンター**