様式１

（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　】** |
| 【症状経過及び検査結果】                【治療経過】                【現在の処方】                【備　考】 |
| 【所在地】 | | |
| 【医師名】 | | |
| 【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№】 | | |
| 希望受診科名 | 希望医師 | |
| 傷 病 名：  （診断） | | |
| 紹介目的：□精査・診断　□治療・観察  　　　　　□手術　□一般入院　□その他 | | |
| 既往歴及び家族歴 | | |
| 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**