

# 診療依頼票の書き方

診療依頼票 兼 診療情報提供書		貴院控え																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">貴院名</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 48px; border: 2px solid black; border-radius: 50%;">1</td> </tr> <tr> <td>住所</td> </tr> <tr> <td>TEL</td> </tr> <tr> <td>診療科名・ご担当医名</td> </tr> </table>	貴院名	1	住所	TEL	診療科名・ご担当医名	<p>社会福祉法人 <small>財団</small> 済生会支部                  埼玉県 済生会川口総合病院                  〒332-8558 埼玉県川口市西川口5-11-5                  代表 048-253-1551</p> <p>紹介予約専用フリーダイヤル                  平日（月～金）9:00～19:00</p> <h2 style="text-align: center;">0120-474-641</h2>																	
貴院名	1																						
住所																							
TEL																							
診療科名・ご担当医名																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> </tr> <tr> <td>お名前</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 48px; border: 2px solid black; border-radius: 50%;">2</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 日</td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>男</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>日中に連絡が取れる電話番号の記載にご協力ください。</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ふりがな		お名前	2	生年月日	年 日	性別	男	連絡先	日中に連絡が取れる電話番号の記載にご協力ください。			<div style="border: 1px solid gray; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"> <p>こちらの面をご記入いただき                      FAX番号<b>048-253-8075</b>へ                      お送りください。</p> </div>										
ふりがな																							
お名前	2																						
生年月日		年 日																					
性別		男																					
連絡先		日中に連絡が取れる電話番号の記載にご協力ください。																					
以前、当院に受診したことがありますか（ある・ない）																							
受診歴のある場合は、診察券登録番号がお分かりになりますか		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">ご予約日時枠</th> <th style="width: 20%;">月</th> <th style="width: 20%;">日（ ）</th> <th style="width: 10%;">午前・午後</th> <th style="width: 10%;">時</th> <th style="width: 10%;">分枠</th> </tr> <tr> <td>                     ご予約診療科  <input type="checkbox"/> 循環器内科  <input type="checkbox"/> 消化器内科  <input type="checkbox"/> 整形外科（脊椎）  <input type="checkbox"/> 泌尿器科                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科  <input type="checkbox"/> 外科  <input type="checkbox"/> 整形外科（手の外）  <input type="checkbox"/> 皮膚科                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 一般内科  <input type="checkbox"/> 脳神経外科  <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科  <input type="checkbox"/> 血管外科                 </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">                     ※ 小児科・産婦人科につきましては初診紹介予約を実施しておりません。                      ※ 上記診療科以外のご予約は地域医療連携室にお尋ねください。                 </td> </tr> </table>	ご予約日時枠	月	日（ ）	午前・午後	時	分枠	ご予約診療科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 整形外科（脊椎） <input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科（手の外） <input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 血管外科				※ 小児科・産婦人科につきましては初診紹介予約を実施しておりません。 ※ 上記診療科以外のご予約は地域医療連携室にお尋ねください。						<div style="font-size: 48px; border: 2px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">3</div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">申込者様 ○を付けて ください</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">医療機関</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">患者さん</td> </tr> </table>	申込者様 ○を付けて ください	医療機関	患者さん
ご予約日時枠	月	日（ ）	午前・午後	時	分枠																		
ご予約診療科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 整形外科（脊椎） <input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科（手の外） <input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 血管外科																					
※ 小児科・産婦人科につきましては初診紹介予約を実施しておりません。 ※ 上記診療科以外のご予約は地域医療連携室にお尋ねください。																							
申込者様 ○を付けて ください																							
医療機関																							
患者さん																							
紹介目的 ※この用紙は、外来受診依頼のみとなります。その他のご依頼は、048-253-8136（地域医療連携室直通）へお尋ねください。																							
傷病名（主訴）																							
症状経過（なるべく具体的な症状のご記入にご協力をお願いいたします。） ※アレルギー等の特記事項がございましたら必ずご記入ください。																							
<div style="font-size: 48px; border: 2px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">4</div>																							
ご紹介の際は、検査データやレントゲン画像、投薬内容等の詳細な情報をご持参いただきますよう ご協力をお願いいたします。																							

- ① 医療機関名称、診療科、ご担当医名をご記入ください。
  - ② 患者さんの氏名、生年月日、性別、日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。
  - ③ ご予約診療科の□に必ず✓を入れてください。
  - ④ 紹介目的・傷病名・症状経過をご記入いただき地域医療連携室ご紹介専用FAX048-253-8075に1枚目（貴院控え）をご送信ください。
- ※ 貴院書式の診療情報提供書をご記入済みの場合、“別紙参照”としてFAX送信時に一緒にお送りください。
- ※ 医療機関もしくは患者さんから地域医療連携室ご紹介専用フリーダイヤル0120-474-641にお電話ください。
- 患者さんからのご予約は、貴院からのFAX送信後2週間以内にご連絡をお願いします。
- ご紹介の際は、検査データやレントゲン画像、投薬内容等の詳細な情報をご持参いただきますようご協力をお願いいたします。