

この度は患者さんをご紹介いただき、誠に有難うございます。
診断、治療方針がつき次第ご報告させていただきます。
今後ともご指導ご鞭撻賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

送信先：社会医療法人寿会 富永病院
FAX 06-6568-1970（地域直通） 9:00 ～ 17:00
FAX 06-6568-1633（救急直通） 17:00以降

診療情報提供書(救急依頼申込書)

年 月 日

【紹介先医療機関】

富永病院

- ☐脳神経外
☐脳神経内
☐循環器内
☐整形外科
☐神経形成外

科

【ご紹介元医療機関】

名 称

先生

医 師 名

印

TEL ()

FAX ()

フリガナ		☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期 ☐ 生保 ☐ 自費 ☐ 自賠 ☐ 労災
氏名	男・女	貴院； ☐ 外来通院 ☐ 入院中（※別紙受診票必要）
生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日	患者入院中の場合； ☐ 本人受診 ☐ 家族相談 支払い方法； ☐ 本人請求 ☐ 病院請求

以下の質問に必ずチェック、ご記入をお願いします。

PCR検査 症状	☐ PCR検査（ ☐ 陰性 ☐ 陽性 ） ☐ 抗原検査（ ☐ 陰性 ☐ 陽性 ） ☐ 未実施 ☐ 発熱（ ℃ ） ☐ 解熱剤の服用（薬剤名 ） ☐ 全身倦怠感 ☐ 息苦しさ ☐ 咽頭痛 ☐ 鼻汁 ☐ 下痢 ☐ 味覚異常 ☐ 嗅覚異常 ☐ 海外渡航歴 国名() ☐ COVID-19罹患歴（直近の罹患日） 年 月 日(☐ 病院 ・ ☐ 自宅療養) ☐ コロナワクチン接種歴 回接種(最終接種歴 年 月 日) ☐ 未接種 ☐ 接種歴不明
意識レベル	JCS ☐ 0 ☐ I (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3) ☐ II (☐ 10 ☐ 20 ☐ 30) ☐ III (☐ 100 ☐ 200 ☐ 300) ☐ R不穏 ☐ I失禁
バイタル	BP血圧 / mmHg P脈拍 回/分 SpO ₂ Room Air % → O ₂ (ℓ)投与下(%)
紹介目的	救急受診 ※連携強化診療情報提供料に係る質問(貴院で以下の算定している項目にチェックを入れてください。) ☐ 未算定 ☐ 地域包括診療料 ☐ 地域包括診療加算 ☐ 小児かかりつけ診療料 ☐ 在宅時医学総合管理料 ☐ 施設入居時医学総合管理料
来院方法	☐ 直接来院 ☐ 救急車 ☐ 介護タクシー 移動方法（ ☐ 徒歩 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ）
付添い	☐ なし ☐ あり→本人との関係()
外国の方	日本語(☐ 可 ☐ 不可) 日本語不可の場合 言語() 通訳付添い(☐ あり ☐ なし) 日本在住(☐ 在住 ☐ 短期滞在者 ☐ 旅行者) 日本の健康保険証(☐ あり ☐ なし)
(依頼内容)	☐ 別紙参照(貴院書式の診療情報提供書を添付して頂いても結構です。)
疾患名	
主訴・既往歴	
病状経過等	

受付：月～土 9:00～17:00（祝・日を除く） 地域医療連携室 問合せ先：TEL 06-6568-1980(直通)
受付：月～土 17:00以降（祝・日含む） 救急事務 問合せ先：TEL 06-6568-1601(代表)