

## 川崎市立川崎病院

### 診療申込書「診療情報提供書（紹介状）」

患者様を紹介される先生へ

#### 1. この様式を使用して患者様をご紹介いただく場合

地域医療連携室あてにお申込をお願いします。

TEL) 044-246-1289 (地域医療連携室直通)  
FAX) 044-246-1052 (地域医療連携室直通)

#### 2. 予約診療申込みをされずに、患者様をご紹介いただく場合

「診療情報提供書・紹介状」を患者様にお渡しいただき、受診時にご持参されるようにお伝えください。

★受診受付時間：月曜日～金曜日 8：30～11：00 まで  
(ただし祝日・12月29日～1月3日を除く)

★検査等については、事前の予約が必要となります。

★一部の診療科及び専門外来については受付時間の異なる場合や事前予約が必要な場合がございます。詳しくは、地域医療連携室あてにお電話をお願いします。

#### 3. 通常の診療受付時間外に緊急の患者様をご紹介いただく場合

月曜日～金曜日の11：00～20：00 の間の場合  
(ただし祝日・12月29日～1月3日を除く)

★診療受付時間締め切り後のお申込みとなりますので、診療状況により受診が困難な場合がございます。詳しくは地域医療連携室あてにお電話をお願いします。

# 診療申込書

保険者番号								本人	公費	有
被保険者証	記号	番号				家族	無			

●希望される診療科等

科		医師	
日程	平成 年 月 日 ( 曜日)		

紹介元医療機関名

所在地

医師名

●ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
氏名				
住所				電話 ( )
川崎病院受診歴	あり・なし	川崎病院診察券番号	( )	

●希望される医療機器の共同利用 (希望項目に○印をしてください)

X線単純撮影	腹部エコー	心エコー・(心エコー+心電図)	骨シンチ
骨塩定量	上部消化管内視鏡	栄養相談	
CT	頭部 頸部 胸部 上腹部	骨盤 その他 ( )	
MRI	頭部 頸部 胸部 上腹部	骨盤 その他 ( )	

●CT・MRI 造影のご希望の方ヨード過敏症 ( 有・無 )

血清クレアチニン mg/dl	心臓ペースメーカー 有・無	喘息の既往 有・無	脳動脈瘤クリッピング 有・無
----------------	---------------	-----------	----------------

## 医療機関の先生方へのご案内

### 《予約申し込みの手順》

1. 電話予約 TEL 044-246-1289 (地域医療連携室直通)

受付時間：平日 8:30~20:00 土曜 8:30~17:00

① 診療の予約について

患者氏名 生年月日 希望される科 受診希望日

② 医療機器の共同利用について

患者氏名 生年月日 検査項目 単純・造影の有無 (CT・MRIのみ)

2. 受診申し込みの送付について FAX 044-246-1052 (地域医療連携室直通)

① 診療申込書

(患者さん持参用)



事前にカルテ作成を行うため

必要事項をご記入の上 FAX をお願いします。

② 診療情報提供書・

紹介状



受診時に患者さんに持参していただく用紙です。

封書にはあて先 (診療科・医師名) をご記入ください。

③ 診療情報提供書



紹介元医療機関控としてご利用ください。

## 診療情報提供書・紹介状

## ●希望される診療科等

科		医師	
日程	平成 年 月 日 ( 曜日)		

紹介元医療機関名

所在地

医師名

## ●ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
氏名				
住所				電話 ( )
川崎病院受診歴	あり・なし	川崎病院診察券番号	( )	

## ●希望される医療機器の共同利用（希望項目に○印をしてください）

X線単純撮影	腹部エコー	心エコー・(心エコー+心電図)	骨シンチ
骨塩定量	上部消化管内視鏡	栄養相談	
CT	頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤	その他 ( )	
MRI	頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤	その他 ( )	

## ●CT・MRI 造影のご希望の方ヨード過敏症（有・無）

血清クレアチニン mg/dl	心臓ペースメーカー 有・無	喘息の既往 有・無	脳動脈瘤クリッピング 有・無
----------------	---------------	-----------	----------------

傷病名・主訴
紹介目的 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 分娩依頼 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ( )
臨床所見・検査目的
既往症 アレルギー (あり) <input type="checkbox"/> (なし) <input type="checkbox"/>
症状経過・検査結果等
現在の処方
添付資料 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果票 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし
報告方式の希望 <input type="checkbox"/> 報告書のみ送付 <input type="checkbox"/> 報告書及び検査データ・フィルムの送付

## 診療情報提供書・紹介状（控）

## ●希望される診療科等

科		医師	
日程	平成 年 月 日（ 曜日）		

紹介元医療機関名

所在地

医師名

## ●ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
氏名				
住所				電話 ( )
川崎病院受診歴	あり・なし	川崎病院診察券番号	( )	

## ●希望される医療機器の共同利用（希望項目に○印をしてください）

X線単純撮影	腹部エコー	心エコー・（心エコー+心電図）	骨シンチ
骨塩定量	上部消化管内視鏡	栄養相談	
CT	頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤	その他（ )	
MRI	頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤	その他（ )	

## ●CT・MRI 造影のご希望の方ヨード過敏症（有・無）

血清クレアチニン mg/dl	心臓ペースメーカー 有・無	喘息の既往 有・無	脳動脈瘤クリッピング 有・無
----------------	---------------	-----------	----------------

傷病名・主訴
紹介目的 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 分娩依頼 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他（ )
臨床所見・検査目的
既往症 アレルギー（あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ）
症状経過・検査結果等
現在の処方
添付資料 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果票 <input type="checkbox"/> その他（ ) <input type="checkbox"/> なし
報告方式の希望 <input type="checkbox"/> 報告書のみの送付 <input type="checkbox"/> 報告書及び検査データ・フィルムの送付