

# 獨協医科大学埼玉医療センター 紹介患者FAX予約票(医療機関専用)

総合患者支援センター 医療連携部門 TEL 048-965-1147 FAX 048-967-4666

受診希望日

貴院名

第1希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

第2希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師名

担当者

希望診療科

TEL

医師名

FAX

(担当医を当院にお任せいただける場合は未記入)

下記の患者さんをご紹介します。

|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| 患者氏名            | フリガナ _____ (男・女)   | 獨協医科大学埼玉医療センター受診歴<br>有 ・ 無 ・ 不詳  |
|                 | 殿 ( _____ 才)   |  |
|                 | 生年月日 (大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日   | 添付資料<br><input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果 |
| 紹介目的            | <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |  |
| 病名 <sup>*</sup> | (難病(疑い)に該当する <input type="checkbox"/> )  |  |
| 主訴              |  |  |

※患者氏名は無記名で送信してください。当院より、速やかに確認のご連絡をいたします。  
なお、患者氏名を記載される場合、必ず患者さんの同意を得た上で送信してください。

※担当医の都合により、患者さんの希望に添えない場合もありますのでご了承ください。  
※FAXは24時間受け付けておりますが、業務終了後は、原則翌業務時間内に返信します。  
※セカンドオピニオンについては、別途電話にてご連絡を頂いた上、対応いたします。

※難病診療連携拠点病院としての紹介実績把握のために、難病(疑い含む)に該当する病名の場合には  を  
お願ひします。

〈FAX 受付時間〉 平日 8:30 ~ 16:30  
土曜日 8:30 ~ 16:30 (第3土曜日を除く)

## 【予約診療科】

### (内科系)

糖尿病内分泌・血液内科

呼吸器・アレルギー内科

消化器内科

循環器内科

腎臓内科

脳神経内科

小児科

こころの診療科

皮膚科

総合診療科

### (外科系)

外科

乳腺科

整形外科

心臓血管外科

呼吸器外科

産科婦人科

眼科

耳鼻咽喉・頭頸部外科

脳神経外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科 (ペインクリニック)

リハビリテーション科

### (中央部門)

子どもこころ診療センター

遺伝カウンセリングセンター

リプロダクションセンター

小児疾患外科治療センター

## 紹介状・診療情報提供書 令和 年 月 日

獨協医科大学埼玉医療センター

貴院名

医師名

希望診療科

TEL

医師名

FAX

(担当医を当院にお任せいただける場合は未記入)

下記の患者さんをご紹介します。

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| 患者氏名                 | フリガナ (男・女)   | 獨協医科大学埼玉医療センター受診歴<br>有 ・ 無 ・ 不詳  |
|                      | 殿 ( 才)   | 貴院 <input type="checkbox"/> 入院中  |
| 生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日 |  | 添付資料<br><input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果 |
| 紹介目的                 | <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |  |
| 病名*                  | (難病(疑い)に該当する <input type="checkbox"/> )  |  |
| 主訴                   |  |  |
| 既往歴<br>(家族歴)         | 薬剤アレルギー (有 ・ 無)  |  |
| 治療経過<br>及び<br>病状経過   |  |  |
|                      |  |  |
|                      |  |  |
|                      |  |  |
| 検査結果                 |  | 現在の処方  |
|                      |  |  |
|                      |  |  |
|                      |  |  |

備考 病状の安定により貴院への逆紹介に対する希望 (希望する ・ 希望しない)

\*難病診療連携拠点病院としての紹介実績把握のために、難病 (疑い含む) に該当する病名の場合にはをお願いします。

## 紹介状・診療情報提供書

令和 年 月 日

獨協医科大学埼玉医療センター

貴院名

医師名

希望診療科

TEL

医師名

FAX

(担当医を当院にお任せいただける場合は未記入)

下記の患者さんをご紹介します。

|                      |  |  |       |
|----------------------|--|--|-------|
| 患者<br>氏名             | フリガナ (男・女)   | 獨協医科大学埼玉医療センター受診歴<br>有 ・ 無 ・ 不詳  |       |
|                      | 殿 ( 才)   | 貴院 <input type="checkbox"/> 入院中  |       |
| 生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日 |  | 添付資料<br><input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果 |       |
| 紹介目的                 | <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |  |       |
| 病名*                  | (難病(疑い)に該当する <input type="checkbox"/> )  |  |       |
| 主訴                   |  |  |       |
| 既往歴<br>(家族歴)         | 薬剤アレルギー (有 ・ 無)  |  |       |
| 治療経過<br>及び<br>病状経過   |  |  |       |
| 検査結果                 |  |  | 現在の処方 |
|                      |  |  |       |
|                      |  |  |       |

備考 病状の安定により貴院への逆紹介に対する希望 (希望する ・ 希望しない)

\*難病診療連携拠点病院としての紹介実績把握のために、難病 (疑い含む) に該当する病名の場合にはをお願いします。