

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 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 <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		

※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
お願いします。

〈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
腎臓内科
皮膚科呼吸器・アレルギー内科
脳神経内科
総合診療科消化器内科
小児科循環器内科
こころの診療科

(外科系)

外科
呼吸器外科
脳神経外科
リハビリテーション科乳腺科
産科婦人科
泌尿器科整形外科
眼科
形成外科心臓血管外科
耳鼻咽喉・頭頸部外科
麻酔科 (ペインクリニック)

(中央部門)

子どもの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 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 <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 (家族歴)	薬剤アレルギー (有 ・ 無)	
治療経過 及び 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

様式 2-2
(紹介元医療機関控)
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 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 <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 (家族歴)	薬剤アレルギー (有 ・ 無)	
治療経過 及び 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。