

紹介患者 FAX 予約票及び 紹介状・診療情報提供書

3枚綴り

1. 紹介患者 FAX 予約票（医療機関専用）
2. 紹介状・診療情報提供書（獨協医科大学埼玉医療センター提出用）
3. 紹介状・診療情報提供書（紹介元医療機関控）

使用 方 法

*FAX を使用し診療予約をする場合：1 枚目よりお書きください。

- ◎ 1 枚目に必要事項を記入し、FAX 送信をお願いいたします。
- ◎ 2 枚目に追加事項を記入し、封筒に入れ患者さんに手渡してください。
- ◎ 3 枚目は貴院控となります。

※予約が取得できましたら「診療予約票」を 30 分以内に FAX 送信いたしますので、患者さんにお渡し願います。

※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、患者氏名を記載し FAX される際は、必ず患者さんの同意を得た上で送信してください。

〒 343-8555
埼玉県越谷市南越谷 2-1-50
獨協医科大学埼玉医療センター
総合患者支援センター(医療連携部門)
TEL 048-965-1147 (直通)
FAX 048-967-4666
TEL 048-965-1111 (病院代表)

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
お願いたします。

〈FAX 受付時間〉 平日 8:30 ~ 18:00
土曜日 8:30 ~ 17:00 (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
循環器内科
小児科
総合診療科

呼吸器・アレルギー内科
腎臓内科
こころの診療科

消化器内科
脳神経内科
皮膚科

(外科系)

外科
第二整形外科
産科婦人科
脳神経外科
麻酔科 (ペインクリニック)

乳腺科
心臓血管外科
眼科
泌尿器科
リハビリテーション科

第一整形外科
呼吸器外科
耳鼻咽喉科
形成外科

(中央部門)

子どものこころ診療センター
小児疾患外科治療センター

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

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。