診察申込書(FAX送付票) FAX 076-433-2493

富山赤十字病院 地域医療連携室

					年	月	日
富山赤十	字病院	医療機	関名				
科		医師	所在地				
紹介患者様に下記項目算定の場合レをつけてください。			TEL				
□ 在宅末期医療総合診断料□ 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導除く)			FAX				
□ 住宅原養相等自生料 (住宅自己住別相等原下)□ 在宅時医学総合管理料				科 医師			
		宅療養支援診療所の場合はいをつけてください。					
フリガナ		性別		大・昭・平・令	ì		
患者氏名		男・女	生年月日	年 ,	月	日 (歳)
「 住 所			電話番号				
診察および検査予約希望日: 月 日()	指定日なし			
	MRI・MRA (検査部位)造影剤の有無(有・無)						
	CT (検査部位) 造影剤の有無 (有・無)						
検査内容	造影剤の使用に関しましては、アレルギー・腎機能の情報を紹介状に記入願います。						
	胃カメラ 腹部エコー	マンモグラ	フィー	核医学()	
	骨塩定量 (※身長 cm	体重	kg)				
受診目的(貴院の所定のものがあれば別紙参照としてください)							

*診察申込みはFAXをいただく前に地域医療連携室にご連絡ください。なお、当日は<u>保険証</u>と<u>診療情</u>報提供書(紹介状)を <math>2 階初診受付にお出しください。

富山赤十字病院 地域医療連携室 〒930-0859

富山市牛島本町2丁目1-58 電話 076-433-2492 (直通)

診療情報提供書

年 月 日 富山赤十字病院 医療機関名 所在地 医師 紹介患者様に下記項目算定の場合とをつけてください。 TEL □ 在宅末期医療総合診断料 FAX □ 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導除く) 科 医師 □ 在宅時医学総合管理料 □ 在宅療養支援診療所の場合はヾをつけてください。 フリガナ 性別 大・昭・平・令 生年月日 男 • 女 患者氏名 年 月 日(歳) 電話番号 住 所 診察および検査予約希望日: 月 日 (指定日なし MRI·MRA (検査部位) 造影剤の有無(有・無) CT(検査部位) 造影剤の有無(有・無) 検査内容 造影剤の使用に関しましては、アレルギー・腎機能の情報を紹介状に記入願います。 胃カメラ 腹部エコー マンモグラフィー 核医学(骨塩定量 (※身長 cm 体重 kg) 受診目的(貴院の所定のものがあれば別紙参照としてください) 治療経過及び現在の処方

治療経過及び現在の処方

持参資料 (無・有……X線フィルム、検査記録、心電図記録)

診療情報提供書

年 月 日 富山赤十字病院 医療機関名 所在地 医師 紹介患者様に下記項目算定の場合とをつけてください。 TEL □ 在宅末期医療総合診断料 FAX □ 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導除く) 科 医師 □ 在宅時医学総合管理料 □ 在宅療養支援診療所の場合はヾをつけてください。 フリガナ 性別 大・昭・平・令 生年月日 男 • 女 患者氏名 年 月 日(歳) 電話番号 住 所 診察および検査予約希望日: 月 日 (指定日なし MRI·MRA (検査部位) 造影剤の有無(有・無) CT(検査部位) 造影剤の有無(有・無) 検査内容 | 造影剤の使用に関しましては、アレルギー・腎機能の情報を紹介状に記入願います。 胃カメラ 腹部エコー マンモグラフィー 核医学() 骨塩定量 (※身長 cm 体重 kg) 受診目的(貴院の所定のものがあれば別紙参照としてください) 治療経過及び現在の処方

持参資料 (無・有……X線フィルム、検査記録、心電図記録)