

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✓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✓をつけてください。

フリガナ		性別		大・昭・平・令
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
検査内容	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)			
	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、当日は保険証と診療情報提供書 (紹介状) を2階初診受付にお出しく下さい。

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

科

医師

所在地

紹介患者様に下記項目算定の場合✓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✓をつけてください。

フリガナ		性別		大・昭・平・令
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
検査内容	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）			
	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）

貴院（紹介元病院）控え 2枚目

# 診療情報提供書

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✓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✓をつけてください。

フリガナ		性別		大・昭・平・令
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
検査内容	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）			
	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）