

当日緊急受診について、依頼から受入、診療までをスムーズに行うために、下記の手順に沿って、ご依頼いただきますようご協力の程お願いいたします。

地域の先生方

患者さん

患者さんへの伝達内容

- ①患者さんに紹介状をお渡してください。
- ②ウォークインは2番窓口で受付していただくよう、お伝えください。

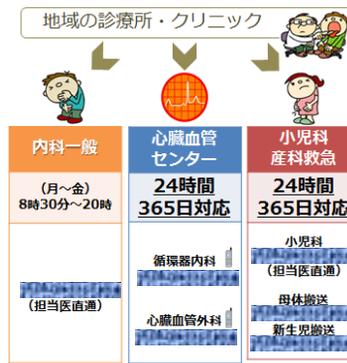
診察依頼の方法

①医師直通ホットラインへ連絡してください。

* 繋がらない場合または
内科・循環器科・心臓血管外科・
産婦人科・小児科医外は
地域連携室へお電話ください。

②可能な限り、事前に
地域連携室へ
当日受診連絡
用診療情報提供書を
FAXしてください。(別紙)

加古川中央市民病院 ホットライン



* 救急科担当医のホットラインは 平日8:30～17:00へご連絡下さい。
* 上記の電話が繋がらない場合は地域連携室 (079-451-8652) までお問い合わせ下さい。

上記連絡先は医師関係者専用となっておりますので、一般の方へのお問い合わせはご遠慮ください。
加古川中央市民病院 一部の診療科から連携室へつながる場合があります。

【医師直通ホットライン】

別紙

緊急 診療情報提供書

当日受診連絡用

* 当日受診を依頼するための用紙ではありません。

* 本用紙は、緊急時に受診する際、診療情報を提供いただく為の専用用紙です。
* 必ず医師直通ホットラインにご連絡いただき、受診決定後、可能な限り本用紙での情報提供にご協力ください。

送付先: 予約専用 FAX: 079-451-8653

【紹介元情報】
所在地 〒
名称
診療科 医師名
TEL
FAX (必須)

【希望診療科】 (希望科にチェックしてください。必要でない場合は「-」で希望科の診療科を記載して頂くことも可能です。複数科を希望する場合は「-」で記載してください。)

<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 放射線診療科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 精神神経科
<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> 腫瘍・血液内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科
<input type="checkbox"/> ウェット・皮膚科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/>

【患者情報】

フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日
氏名	男・女	TEL	自宅	()	-
田舎 ()	※必ず記載をお願いします。	携帯	()	()	-
住所	〒				
診断名					
紹介目的	1. 診療 2. その他 ()				
現状	<input type="checkbox"/> 外来通院中	移動方法	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> ストレッチャー		
紹介内容	①主治 ②現病歴 ③検査結果 ④既往歴 ⑤既往 ⑥検査結果 ⑦治療経過 ⑧現在の処方 (※その他) ⑨上記に記入した内容が紹介状の添付をお願いいたします。(紹介状は当日まで持参ください)				

改訂: 2020年7月

加古川中央市民病院 予約専用 FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651

【当日受診連絡用診療情報提供書】

加古川中央市民病院 地域連携室