様式

　年　　月　　日

読影申込書

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立こども医療センター総長　様

申請者　住　　　所

医療機関名

医　師　名　　　　　　 　　 　印

電 話 番 号

下記の患者の読影について申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 年齢 |  | 性別 |  |
| 住　所 |  | | |
| 保護者名 |  | 電話番号 |  |

　　提出用　　　紹介状（診療情報提供書）

**神奈川県立こども医療センター　行**　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

下記のとおり紹介します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

所在地 〒（　　　　　）電話（　　　－　　　－　　　　　）

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【受診希望科】　（下記に○をつけてください。複数診療科の受診の場合は日時が異なることがあります。）

総合診療科、感染免疫科、血液･腫瘍科、アレルギー科、新生児科、腎臓内科、遺伝科、内分泌代謝科

神経内科、循環器内科、児童思春期精神科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科

皮膚科、泌尿器科、産婦人科、母性内科、眼科、耳鼻いんこう科、歯科、言語聴覚科、偏食外来

その他の科　　　　　　　　　　　　　受診科不明　【受診希望医師名】

【】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　【保護者名】　　　　　　　　　　　　様

【生年月日】西暦　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳　　　ヶ月）　【性別】( 　男　・　女　 )

【当センターの受診歴】　□無　　□有→病歴番号（ID　　　　　　　　　　　　　　　　）

【住所】〒

【℡】①（　　　　－　　　　－　　　　　　）【℡】➁（　　　　－　　　　－　　　　　　）

【医療通訳の必要】　□不要　　□要→必要な言語　（　　　　　　　　　　　　　語）

紹介目的、主訴、主症状　疾患名等

経過（症状・治療）、検査結果、現在の処方等

・紹介状(画像CDやフィルム等含む)は郵送又はFAXしてください。FAXの場合、紹介状の原本等は受診日当日患者様がお持ちください。

・緊急の場合は、診察をした医師から当センターの該当診療科医師あてにお電話でご連絡ください。

TEL：045－711－2351（代表）　FAX：045－710－1933（地域医療連携室)