

診療情報提供書【杏林大学杉並病院専用】

＜本書は3枚綴りになっております。紹介時にご活用下さい。＞

ご紹介時、患者さんに1枚目の診療情報提供書と3枚目のご受診の案内を一緒にお渡しいただき、受付時間内（緊急診察時は指定時間）に来院をしていただくようお願い下さい。紹介状は、貴院使用中の紹介用紙でも構いませんが、ご持参が無い場合は選定療養費を患者さんより徴収させていただきますので、その旨をお伝え下さい。

受付時間・窓口

| 診察受付時間 | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 受付電話番号 |
| 通常 | 8時30分 ～ 11時30分 診療情報提供書を持参していただければ受診可能です (予約制外来は除く) ※一部変更診療科あり、HP又は外来担当表にてご確認ください。 | | | | | | | 03-3383-1281 各科受付 |
| 夜間 | 17時 ～ 翌日9時(土曜日14時～) ※地下1階救急外来にて、緊急診察のみ、輪番制にて対応しております。 | | | | | | | 03-3383-1281 事前電話連絡必須 |
| 休日 | 24時間(通常・夜間時間帯以外) ※地下1階救急外来にて、緊急診察のみ、輪番制にて対応しております。 | | | | | | | 03-3383-1281 事前電話連絡必須 |
| <p>上記時間以外、緊急診察等は地域医療連携係にご連絡下さい。</p> <p>TEL03-5340-5104 ▪ FAX 03-6382-4460</p> <p>緊急診察申込みの際、患者情報(氏名、生年月日)・来院方法&時間・情報提供書の有無・患者状態(診断名・バイタル等)を伺わせていただき、担当区に確認をとらせていただきます。</p> | | | | | | | | |

| 各種予約窓口 | | | | | | | | |
|------------------------|------------------------------------------|---|---|---|---|------------|----|----------------------------|
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 受付電話番号 |
| 再来診察 予約 (予約センター) | 9時～12時・13時30分～16時 ※患者さんより直接取得・変更可能です。 | | | | | ／／ | ／／ | 03-6382-4466 (土日・休日を除く) |
| 検査予約 (放射線) | 9時00分 ～ 17時00分 ※カルナコネクトでは24時間取得可能です。 | | | | | 9時～ 14時 | ／／ | 03-5340-5770 |

※当院との連携強化の一環として、いつでもCTおよびMRI検査等が予約可能なカルナコネクトをご用意しております。インターネット接続中のパソコンがあれば、無料契約が可能ですので、地域医療連携係までご連絡下さい。

本書の請求や問い合わせは、医療連携室までご連絡下さい。

〒166-0012東京都杉並区和田2-25-1 杏林大学杉並病院

| 連絡先 | 電話番号・FAX番号 |
|-----------|-------------------------------------------|
| 地域医療連携係直通 | TEL 03-5340-5104 ▪ FAX 03-6382-4460 |
| 病院代表 | TEL 03-3383-1281 ▪ FAX 03-3382-8972 |

診療情報提供書

(佼成病院提出用)
年 月 日

杏林大学杉並病院

紹介元医療機関

| | |
|-----------------|---|
| 科 | 宛 |
| 来院希望日： 月 日 | |
| 来院時間： 時 分頃まで | |
| 来院方法： 救急車 ・ その他 | |

所在地：

名称

電話番号：

診療科：

医師氏名：

杏林大学杉並病院地域医療連携係（受付時間等）

登録番号：

平日

フリガナ：

男 土曜日

患者氏名：

女 直通電話番号03-5340-5104

生年月日：西暦・大正・昭和・平成

直通FAX番号03-6382-4460

年 月 日

才※循環器内科直通電話番号 03-3383-7473

住所：

連絡先：

紹介目的： 診察・診察後入院・転院・手術・放射線科検査依頼（種類：

部位：

その他（

主訴および傷病名：

既往歴および家族歴：

アレルギー（薬物・食物）：

現病歴・現症・検査所見・治療経過など

現在の処方

診療情報提供書

年 月 日

紹介先 杏林大学杉並病院

紹介元医療機関

| | |
|-----------------|---|
| 科 | 宛 |
| 来院希望日： 月 日 | |
| 来院時間： 時 分頃まで | |
| 来院方法： 救急車 ・ その他 | |

所在地：

名称

電話番号：

診療科：医

師氏名：

杏林大学杉並病院地域医療連携係

(受付時間等)

平日 9時00分～17時00分

土曜日 9時00分～14時00分

直通電話番号03-5340-5104

直通FAX番号 03-6382-4460

才※循環器内科直通電話番号 03-3383-7473

登録番号：

フリガナ：

患者氏名：

男

生年月日：西暦・大正・昭和・平成

女

年 月 日

住所：

連絡先：

紹介目的： 診察・診察後入院・転院・手術・放射線科検査依頼（種類：

部位：

その他（

主訴および傷病名：

既往歴および家族歴：

アレルギー（薬物・食物）：

現病歴・現症・検査所見・治療経過など

現在の処方

