

総合花巻病院 北上済生会病院 県立中部病院

紹介患者用共通診療申込書

\* 紹介先の病院名を○で囲み、ファックスをお願いします。

総合花巻病院

北上済生会病院

県立中部病院

FAX

0198-23-6333

0197-64-1133

0197-71-1881

TEL 0198-23-3533 (直通) 0197-65-6120 (直通) 0197-71-1518 (直通)

地域医療福祉連携室 宛 送信日：令和 年 月 日

|      |                      |    |     |
|------|----------------------|----|-----|
| フリガナ |                      | 性別 | 男・女 |
| 患者氏名 | 様                    |    |     |
| 住所   | 〒                    |    |     |
| 電話番号 | ( )                  | 携帯 |     |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) |    |     |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 受診希望日  | <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> 緊急 令和 年 月 日 ( ) 希望<br>※当日受診の場合、担当医師への電話連絡 <input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未  |  |  |
| 受診希望科  | 科 希望医師名  |  |  |
| 紹介目的   | <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 開放病床利用 |  |  |
| 画像提供   | <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり   |  |  |
| 来院方法<br>(当日受診、転院の場合)   | <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護車 (ストレッチャー、車いす)<br><input type="checkbox"/> その他  |  |  |
| ドクターコメント<br>(診療情報提供書を<br>同時にお送りいただ<br>く場合には、記載いた<br>だかなくて結構です) |  |  |  |

|       |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|
| 医療機関名 |     |     |     |
| 住所    |     |     |     |
| 医師名   |     |     |     |
| 電話番号  | ( ) | FAX | ( ) |

〔保険情報〕 保険証又は貴院のカルテの表紙のコピーと一緒に FAX をお願いします。