

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 ※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 <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 (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) <input type="checkbox"/> その他			
連携強化	<input type="checkbox"/> 共同して当該患者の治療管理を継続的に行うことに同意 症状安定後は当該患者の紹介を受けることが可能			
ドクターコメント (診療情報提供書を 同時にお送りいただ く場合には、記載いた だかなくて結構です)				

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