

(様式1)

|        |         |        |
|--------|---------|--------|
| 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               |
| F A X | 0198-23-6333         | 0197-64-1133         | 0197-71-1881         |
| T E L | 0198-23-3533<br>(直通) | 0197-65-6120<br>(直通) | 0197-71-1518<br>(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<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)                                                                                                 |  |  |  |  |
|                                                                | <input type="checkbox"/> タクシー <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  | F A X |

〔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 F A X をお願いします。