

診療申込書 兼 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介元

医療機関名		電話番号	
医師名	印	FAX番号	
住所	〒		

患者情報

(フリガナ) 患者氏名		性別	男	女
		生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日生
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

予約内容 ※診療情報提供書を別に発行される場合は事前にFAX(処方・検査データ・所見・心電図等含む)をお願いいたします。

診察依頼	科	医師希望】
入院依頼	糖尿病教育入院(診療情報提供書に最新の身長・体重を記載ください) 心カテ入院(感染症データ必要)	
栄養指導	糖尿病 高脂血症 その他()	
※注意事項	身長・体重・合併症等、診療情報提供書に記載してください。	
緩和ケア 面談	火AM・水PM完全予約制 家族のみ面談も可(面談費5860円)(来院予定者:本人・家族続柄:) 本人来院時の際は自宅送迎可	

診療情報 【別紙にて診療情報提供書 (あり・なし) 別紙にて処方録 (あり・なし)】

傷病名・病状、既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、現在の処方等(紹介理由)

※※別紙にて【診療情報提供書】をFAX添付いただく場合は記載不要です※※

予約希望日

1、第1希望 月 日 2、第2希望 月 日 3、いつでも良い

送迎 必要→ ストレッチャー ・車椅子(リクライニング・普通・当院貸出) ・独歩(座位保持可能) 付添い(有・無)

不要 (人数 人)

耳原総合病院 サポートセンター 地域連携室 * 緊急時は下記にお電話にてご相談下さい。

受付時間 8:30～20:00【月～金】 8:30～13:00【土】 日祝日休み

TEL 0120-198-338 ^{いくわ みみはら} FAX 072-241-0208(24時間稼働、時間外受付分は翌営業日対応)