

診療情報提供書 (FAX診療申込書)

滝宮総合病院
地域医療連携室 宛

紹介元医療機関
医 師 名
電 話 番 号
F A X 番 号

(印)

※ 午後5時以降は翌朝の受付になります。(尚、土日・祝祭日は休みとさせていただきます。)
※ FAXをいただきましたら、15分以内に、予約票を送信させていただきます。

※ 緊急時・即日入院必要時等の場合は直接当該科医師にご連絡いただきますようお願いいたします。

フリガナ		性別	生年	明・大	年	月	日	歳
患者氏名		男女	月日	昭・平				
住 所	〒 電話番号 ()							
希望受診科				希望医師				
希望受診年月日	年 月 日 () 曜 (午前・午後) どちらかに○をつけてください。							
傷 病 名								
紹介目的								
開放型病床利用の有無	あり ・ なし			※必ず御記入下さい。 綾歌地区医師会員 開放型病床登録医に限る				
(A) 既往歴及び家族歴 (B) 症状経過及び検査結果 治療経過 (D) 現在の処方 (E) 備考								

<p>【新型コロナウイルス感染症への対策として該当する番号に○をお願いします】</p> <p>ここ1ヶ月の患者さんの状況について記入ください</p> <p>1. 海外・県外への移動歴がある。</p> <p>2. 県外から来られた方(ご家族を含む)との接触歴がある。</p> <p>3. 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触の可能性がある。</p> <p>4. 発熱が続いている。(月 日 ~ 月 日) ⇒ 現在の体温 (°C)</p> <p>5. 風邪症状、倦怠感、嗅覚・味覚障害がある。</p> <p>-----</p> <p>・ 今月または先月に、下記項目の算定がございましたら <input type="checkbox"/> をお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 各種在宅療養指導料(在宅自己注射指導管理料を除く)、<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料、<input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料、<input type="checkbox"/> 特定施設入居時等医学総合管理料、</p> <p>・ また、紹介前に下記項目の算定がございましたら、算定回数を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> がん患者指導管理料1 () 回、<input type="checkbox"/> がん患者指導管理料2 () 回</p> <p><input type="checkbox"/> がん患者指導管理料3 () 回</p>								
年 月 日 記載								

滝宮総合病院 地域医療連携室	申込み送信先 FAX 087(870) 8818	
	お問い合わせ先 TEL 087(876) 1109	