

県立遠野病院 紹介患者用診療申込書

(2019.5)

令和 年 月 日 送信

※ 直接担当医師へご連絡したいときは、下記ダイヤルインの番号から、
医師のPHSへご連絡をくださいますようお願いいたします。
(平日8:30~17:15の間。その他の時間は病院代表電話へご連絡ください。)

TEL 0198-62-2222 (病院代表) 0198-62-5556 (ダイヤルイン)
FAX 0198-62-0113

受診希望日 なし・あり 令和 年 月 日 () 希望				
※当日受診の場合、担当医師への電話連絡 済・未				
希望受診科に○印をつけてください。 医師の指定がある場合は医師名に○印をつけてください。 その他の場合は科名をお書きください。	科 名	医師名・内線	科 名	医師名・内線
	内 科	長 久 保 (774)	小 児 科	福 田 (762)
		大 野 (775)	耳 鼻 咽 喉 科	本 庄 (771)
		熊 坂 (786)	整 形 外 科	菅 原 (779)
	外 科	郷 右 近 (801)	循 環 器 内 科	高 橋 (768)
菅 野 (773)		そ の 他 ()		

フリガナ			性別	男・女
患者氏名				
住 所	※カルテの表紙等、住所のわかる書類もFAXいただく場合は、記載の省略可。			
電 話 番 号	()	携帯		
生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
紹 介 目 的	☐ 精査目的 ☐ 外来通院 ☐ 入院加療 ☐ 手術 ☐ その他			
来 院 方 法 (当日受診、転院の場合)	☐ 救急車 ☐ 自家用車 ☐ 介護車(ストレッチャー・車いす) ☐ その他			
患者情報 ※入院加療の場合は必ず記入して下さい	A D L	☐ 自立(徘徊 無・有) ☐ 要介助(杖歩行・車椅子) ☐ 寝たきり (エアーマットの必要性 無・有)		
	排 泄	☐ 自立 ☐ オムツ ☐ ポータブル ☐ その他 ()		
	危 険 行 動	☐ 無し ☐ 有り ()		
	褥 瘡	☐ 無し ☐ 有り	認 知 症	☐ 無し ☐ 有り
	酸 素 投 与	☐ 無し ☐ 有り	吸 引	☐ 無し ☐ 有り
	食 事 内 容			
	在 宅 訪 問 診 療	☐ 無し ☐ 有り	実施医療機関名 ()	
	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は、 記載の省略可。)			

紹 介 元			
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。