

県立遠野病院
紹介患者用診療申込書

(2024. 4)

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	阿部 (775)	耳鼻咽喉科	担当医 (772)
		長久保 (774)	整形外科	菅原 (778)
		熊坂 (786)	循環器内科	高橋 (768)
	外科	鈴木 (705)	その他	科 () 医
		角掛 (707)		
消化器内科	山下 (773)	師)		
小児科	福田 (776)			

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	<input type="checkbox"/> 精査目的 <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他				
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				
患者情報 ※入院加療の場合は必ず記入して下さい	A D L	<input type="checkbox"/> 自立(徘徊 無・有) <input type="checkbox"/> 要介助(杖歩行・車椅子) <input type="checkbox"/> 寝たきり(エアーマットの必要性 無・有)			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> その他()			
	危険行動	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()			
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	認知症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
	酸素投与	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	吸引	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
	食事内容				
	在宅訪問診療	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	実施医療機関名	()	
備考欄					

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

※診療情報提供書、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。

※当日受診のご紹介については、直接担当医師へ電話連絡をお願いします。