

中国労災病院 診療予約申込書 (FAX番号 0823-74-6260)

年 月 日

中国労災病院 地域医療連携室
FAX 0823-74-6260

TEL 0823-74-0321 緊急な診察が必要な場合は、お電話で直接ご連絡をお願いいたします。

患者さんの情報	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<紹介元医療機関> 医療機関名・住所		
	氏名	様	旧姓					
	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日	歳	医師名 電話番号 FAX番号	
	郵便番号	〒	-					
	現住所							
	電話	- -						
	保険者番号			<input type="checkbox"/> 本人	公費負担者番号			
	記号・番号			<input type="checkbox"/> 家族	公費受給者番号			
	交通事故	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		労働災害		<input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 無		
	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		酸素		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1/分 <input type="checkbox"/> 無		
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車		同伴者		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

希望診療科に ○印をお願いします	<input type="checkbox"/>	消化器内科★1	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	眼科
	<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	整形外科・形成外科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科
	<input type="checkbox"/>	代謝内分泌科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	放射線治療科
	<input type="checkbox"/>	総合診療科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	がん化学療法科
	<input type="checkbox"/>	脳神経内科	<input type="checkbox"/>	腎泌尿器外科	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科★2
	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	産婦人科	<input type="checkbox"/>	栄養指導★3

★1 紹介当日CF希望(8:30開始) 有 無 (便秘のある方は、検査前1週間の下剤処方をご検討くださいますと幸いです。)

★2 抜歯は午後からになります ★3 栄養食事依頼票(当院HP→地域連携タブ→紹介患者さんの申込)添付をお願いします。

希望医師名	()医師 担当医連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 指定なし		
希望診療日	第1希望	月	日 ()	時	※都合の悪い日
	第2希望	月	日 ()	時	
	第3希望	月	日 ()	時	
開放型病床のご利用希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		当院に入院した紹介患者さんを、当院主治医と共同して診療に当たっていただくことができます。入院中の状態が把握できるため、退院後の診療にスムーズに移行できます。		

※紹介目的(感染症等特記事項がある場合は下記にご記入ください。)

患者さんは	<input type="checkbox"/> お返事待ちで在院中です <input type="checkbox"/> 帰宅されています <input type="checkbox"/> 入院中です		
-------	---	--	--