

患者紹介受診申込書

公益財団法人慈圭会慈圭病院 地域連携室 行 FAX 086-265-9370 (地域連携室直通)

年 月 日

紹介目的			
<input type="checkbox"/> 一般外来	<input type="checkbox"/> 認知症外来	<input type="checkbox"/> アルコール外来	<input type="checkbox"/> 青年期外来
<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> クロザリル導入	<input type="checkbox"/> rTMS
担当医			
<input type="checkbox"/> 希望あり	医師氏名	<input type="checkbox"/> 希望なし	
日時			
<input type="checkbox"/> 希望あり	第一希望日	年	月 日
	第二希望日	年	月 日
<input type="checkbox"/> 希望なし			

紹介元医療機関名	
所在地	
医師氏名	窓口担当者氏名
TEL	FAX
こころの連携指導料 I 算定に係る届出	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
連携強化診療情報提供料算定に係る届出	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 地域包括診療加算 <input type="checkbox"/> 地域包括診療料	
<input type="checkbox"/> 小児かかりつけ診療料 <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 (<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院)	
<input type="checkbox"/> 施設入居時医学総合管理料 (<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院)	

患者情報	
フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	生年月日 年 月 日 歳
	電話番号
住所 〒	

◆ 紹介手順

- 1) 患者紹介受診申込書、診療情報提供書をFAXにてお送りください。
- 2) 診察日時が決まり次第、予約票をFAXにてお送りいたします。
- 3) 予約票、診療情報提供書、健康保険証を持って、

◆ 注意事項

- ※申込書の受付時間は平日8時30分～17時です。17時以降は翌日もしくは翌週の対応となります。
- ※専門外来及び医師の希望につきましては診療情報提供書を拝見したうえで決定させていただきます。場合によってはご希望に添いかねることもございます。何卒ご了承ください。

