

診療情報提供書(予約申込書)

送信先：社会医療法人寿会 富永病院 FAX (06)6568-1970

申込日 年 月 日

希望診療科			
☐ 脳神経外科 ☐ 脳神経内科 ☐ 循環器内科 ☐ 整形外科 ☐ 神経形成外科			
希望医師	☐ 無 ☐ 有	【ご紹介元医療機関】	
医師名	先生	医療機関名 住所	
希望日	① 月 日 ② 月 日 ☐ いつでも	TEL/FAX 医師名 担当者	
お申込内容			
紹介目的	☐ 診察 ☐ ガンマナイフ、(火・水・土のみ) ☐ セカンドオピニオン(午後のみ) ☐ 心臓リハビリテーション(月～金)午前のみ ☐ DEXA(骨密度)検査(月～金 ※火曜日は第2・4のみ)		
患者情報			
フリガナ		旧姓	性別
氏名			☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 西暦 年 月 日 (歳)		
来院方法	☐ 徒歩 ☐ 介護タクシー 移動方法(☐ 車いす ☐ ストレッチャー)		
付添い	☐ 無 ☐ 有 →本人との関係()		
外国人の方	日本語(☐ 可 ☐ 不可 言語(語) ※日本語での会話が難しい方は、通訳の同行をお願いします。 通訳の同行 (☐ 無 ☐ 有) 日本在住(☐ 在住 ☐ 短期滞在者 ☐ 旅行者 日本の健康保険証(☐ 無 ☐ 有)		
保険情報	☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期 ☐ 生保 ☐ 自費 ☐ 自賠 ☐ 労災		
患者状況	☐ 院内待機中 ☐ 帰宅 ☐ 入院中 (退院予定: ☐ 無 ☐ 有)有→退院日 月 日		
入院中確認	☐ 本人受診 ☐ 家族相談 支払い方法; ☐ 本人請求 ☐ 病院請求 ※患者さんが現在貴院入院中に受診する場合は、「受診状況連絡票」も併せてお送りください。		
※連携強化診療情報提供料に係る質問(貴院で以下の該当する項目にチェックを入れてください。)			
☐ 200床未満の病院または診療所 ☐ その他			
依頼内容	☐ 別紙参照 (貴院書式の診療情報提供書を添付して頂いても結構です。)		
疾患名			
主訴・既往歴			
病状経過等			
注意事項	※受診当日に発熱症状、咳、咽頭痛など症状がある場合は来院の前にご連絡願います。		

受付：月～土 9:00～18:00(祝・日を除く)
問合せ先：地域医療連携室 TEL 06-6568-1980(直通)