

入院中の患者さんを紹介いただく場合は、下記にご記入の上、「診察・検査 予約申込書」と共にFAX送付願います。
富永病院 地域連携室 FAX:(06)6568-1970

受診状況連絡票

① 患者氏名 _____様 生年月日 (T・S・H・R) _____年 _____月 _____日

② 入院日 _____年 _____月 _____日

③入院基本料区分

- 一般病棟入院基本料
 一般病棟入院基本料(包括評価・DPC)
 特定入院料
 その他(_____)

④受診目的

- 紹介元である入院医療機関に検査・画像診断等の設備がないため。
 紹介元である入院医療機関に専門的な診療科がないため。
 ガンマナイフ治療相談(本人・家族)
 セカンドオピニオン(本人・家族)
 その他(_____)

⑤支払方法

- 入院医療機関の入院料を減算(30%・70%)し、外来医療機関(富永病院)は保険算定とする。
 自費診療として患者さんの負担とする。(患者さんへ説明済)
 自費診療として入院医療機関の負担とする。
 その他(_____)

入院医療機関 請求事務担当者連絡先

部 署 名:

担当者名:

電 話:

※この用紙はコピーして、ご使用願います。

改訂 2022/6/3