精神・身体合併症用

診療情報提供書（紹介状）・診療予約申込書

FAX 送信先： ０８７７－４６－１１０２（地域連携室）

受付時間 ８：３０ ～ １７：００（月～金）

（土・日曜日、祝祭日を除く。上記以外の申込みは翌診療日のお返事となります。）　　年　月　日

社会医療法人財団 大樹会
総合病院 回生病院

＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿先生

医療機関名：
住　　所：
医 師 名：
電　　話：（　　）　-　　ＦＡＸ：（　　）　-

【緊急性 有・無】 希望日時　　月　　日（　　曜日）　　時・希望なし

フリガナ		性別	生年月日	大・昭 平・令	年　月　日　歳
患者氏名		男・女			
住　所	〒			電話	（　）　-

今月または、先月に下記項目の算定がございましたら、✓をお願い致します。

☐ 在宅時医学総合管理料　　☐ 各種在宅療養指導料（在宅酸素・栄養経管・寝たきり患者処置等）

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号	・	公費受給者番号	
被保険者名	本人・家族	公費有効期限	年　月　日～　年　月　日
資格取得日	年　月　日	負担割合	１割・２割・３割
☐生活保護　☐交通事故（自賠責　保険会社）　☐労災保険　☐自費			

現在貴院	☐通院中　☐入院中（入院基本料：　）		☐入所中（施設名：　）
来院手段	☐自家用車　☐救急車（消防・病院）		☐その他（　）
資料持参	☐画像（X-p・CT・MRI）　☐心電図　☐検査結果		☐その他（　）
閉鎖病棟の同意	☐済み	家族同伴	☐調整済み（ご家族氏名：　続柄：　）

紹介目的
（傷病名）

症状及び治療経過

既往歴
アレルギー等

現在の処方

新型コロナウイルス対策関連　（感染拡大地域：東京・神奈川・千葉・埼玉・愛知・大阪・兵庫・福岡他、新たに指定された場合はその地域を含む）

① ２週間以内の海外渡航歴または感染拡大地域への訪問・滞在がある　なし・あり
② 〃　がある人との濃厚接触歴がある　なし・あり
③ 発熱（37.5℃以上）　なし・あり（現在の温度　℃）（いつから　月　日～）
④ 味覚・嗅覚異常　なし・あり

お問合せ先：地域連携室　電話０８７７－４６－１１２１　ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ０１２０－７７６－２２３