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（ ）

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