**紹介患者診療FAX予約票**

送付先（地域医療・介護連携室）

ＦＡＸ：0795-42-0307

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

紹介元医療機関

名称・所在地

医師名

電話　（　　　　）　　　　－

ＦＡＸ　（　　　　）　　　　－

　　加東市民病院

　　　　　科　　　　　　先生

|  |  |
| --- | --- |
| 受診希望日 | 令和　　 年　　月　　日　午前 ・ 午後　　 　時頃 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　　者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 当院への受診歴 | 1.有　2.無　3.不詳 | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大  昭・平・令 | | 年　　月　　日  （　　　歳） |
| 住所 | 🕿自宅（　　　）　　　－　　　　　🕿連絡先（　　　　）　　　　－ | | | | |
| 紹介目的 | □ 診察　　　□ 検査　　　□ 入院  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 当月または前月に患者様の算定項目が  ありましたらお知らせください。   * 在宅時医学総合管理料 * 在宅がん医療総合診療料 * 在宅療養指導管理料 * 算定なし | |

※患者さまに切り取ってお渡しください。

※ご来院の際は必ずこの予約票、健康保険証、医療受給者証をご持参ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　切　り　取　り

紹 介 患 者 予 約 票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

病院名　加東市民病院

担当者

次のとおり予約を受け付けました。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名  生年月日等 | 明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日生　男・女　（ID　　　　　　　　　） |
| 診療科 | 科  医師名 |
| 診察予約日時 | 令和　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）  午前・午後　　　　時　　　　分　　※診察の関係で前後する事がありますが、ご了承願います。 |

当日は下記の①～⑥を必ずご持参いただき、 医事課受付 へお越しください。

**①　紹介患者予約票（本紙）　　　　　　　　　　　④　診察券（お持ちの方）**

**②　診療情報提供書　　　　　　　　　　　　　　　⑤　CD-ROM（お持ちの方）**

**③　健康保険証・医療受給者証（お持ちの方）　　　⑥　お薬手帳**

加東市民病院　地域医療・介護連携室　FAX:0795-42-0307　TEL:0795-42-5511(代)