**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)