

《 診 療 依 頼 票 》

志村大宮病院 地域医療連携センター

平成____年____月____日

= 紹介元医療機関 =

_____病院 _____科 担当医師_____先生
電話番号_____ F A X 番号_____

= ご紹介患者様 =

フリガナ

氏名_____様 生年月日_____ (_____ 才) 男・女

住所 〒_____

電話番号_____

病名_____ 障害_____

発症日_____年____月____日 手術日_____年____月____日

転院目的 治療・療養・リハビリテーション(P T ・ O T ・ S T)

希望施設 志村大宮病院 一般病棟
回復期リハビリ病棟 スイス館
介護療養型医療施設 チロル館
介護老人保健施設 大宮フロイデハイム

医療費 社保・国保・老人・生保・労災・自賠・その他

介護保険 申請中・要支援 1 2 ・要介護 1 2 3 4 5 ・未申請

当院受診歴 有・無

当院送迎の利用 不要・必要(車イス・ストレッチャー)

転院希望 H_____年____月____日 ~ H_____年____月____日の間

= 申し込み手順 =

診療依頼票に必要事項を御記入の上、診療情報提供書と一緒に F A X にて送信してください。

直接電話での依頼もお受けいたしますが、後日、診療依頼票と診療情報提供書は F A X にて送信願います。

お返事は、日程の調整がつきしだい、お電話でご連絡差し上げます。

志村地域医療連携センター センター長 川崎真弓、事務 高梨理恵

MSW 寺門倫子、降矢まどか、勝村宏美、岡崎まゆみ

F A X : 0295 - 53 - 7206

電 話 : 0295 - 53 - 1111 (内線 1117) (内線 1118)