

(独)国立精神・神経医療研究センター病院 FAX 紹介申込書

医療連携室専用FAX 042(346)1681

平成 年 月 日

申込受付時間は、平日 9:00~17:00 (土・日曜日、祝日は休診) とさせていただきます。
 受付時間内に FAX を頂いた場合、折り返し 15 分程で「ご連絡」をさせていただきますよう努力いたします。

(医療連携室 TEL 042-346-1845)。

受付時間以降に受信した FAX 紹介申し込みは翌診療日のお取り扱いとなります。

(申込方法)

- ①この申込書と診療情報提供書及び保険証(医療証)のコピーを一緒に FAX でお送りください。
- ②FAX 受信後、諸手続きの後に「外来ご予約通知書」を FAX しますので患者さまにお渡しく下さい。
 担当医師への確認が必要な場合、ご返事までにお時間がかかる場合があります。
すぐの入院・診察が難しい場合もあります。診察してすぐに入院となるわけではないことを患者さまにお伝えください。(診察した医師が最終的に入院の要否を判断します)

※当申込書及び診療情報提供書(保険証コピー)の FAX 送信につきましては、セキュリティの問題から患者さまのご了解の上、送信間違いのないよう十分にご注意願います。

予 約 情 報	紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> 家族相談・医療相談 (自費)			
	主訴および傷病名	<input type="checkbox"/> その他の情報をお伝えください ()			
	担当医の選択は当方にお任せください (ご指定の場合は、新患予約が先になることがあります)				
	もしご希望の場合、希望医師	科	医師	医師同士連絡 済・無	
受 診 希 望 日	第1希望	平成	年	月	日 ()
	第2希望	平成	年	月	日 ()
	第3希望	平成	年	月	日 ()
	希望日なし 又は 不都合な日があればご記入ください ()				

受診希望科に○を記入ください。

○印	診療科	○印	診療科	○印	診療科
	精神科		循環器内科		外科
	小児神経		整形外科		消化器内科
	リハビリテーション科		神経内科		
	心療内科		脳神経外科		

患 者 情 報	フリガナ		男・女	当院受診歴
	氏名			有・無・不明
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	住所	〒 (都道府県) (市区町村)		
	電話番号			
A D L	独歩 / 車椅子 / 寝たきり → 来院方法:			
現在状況	貴院入院中 / 在宅(自宅) / 施設(老人保健施設・その他) 入院中の場合は 入院基本料 ()、医療機関コード ()、入院科名 ()			

紹介元医療機関情報	医療機関名	
	住所	
	電話番号 FAX番号	
担当科・医師名	科 先生	
取次部署/担当者		

以下 当院連携室記入欄です。

ID	予約日	年 月 日	科	記入者
		AM/PM :	先生	