

# 診療情報提供書 (FAX診療申込書)

滝宮総合病院  
地域医療連携室 宛

紹介元医療機関  
医 師 名  
電 話 番 号  
F A X 番 号

(印)

※ 午後5時以降は翌朝の受付になります。(尚、土日・祝祭日は休みとさせていただきます。)

※ FAXをいただきましたら、15分以内に、予約票を送信させていただきます。

※ 緊急時・即日入院必要時等の場合は直接当該科医師にご連絡いただきますようお願いいたします。

|               |  |     |     |      |   |   |   |   |
|---------------|--|-----|-----|------|---|---|---|---|
| フリガナ          |  | 性別  | 生年  | 明・大  | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 患者氏名          |  | 男 女 | 月 日 | 昭・平  |   |   |   |   |
| 住 所           | 〒 _____ 電話番号 ( _____ )                                 |     |     |      |   |   |   |   |
| 希望受診科         |  |     |     | 希望医師 |   |   |   |   |
| 希望受診<br>年 月 日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( ) 曜 ( 午前・午後 ) どちらかに○をつけてください |     |     |      |   |   |   |   |
| 傷 病 名         |  |     |     |      |   |   |   |   |
| 紹介目的          |  |     |     |      |   |   |   |   |

(A) 既往歴及び家族歴 (B) 症状経過及び検査結果 治療経過 (D) 現在の処方 (E) 備考

・今月または先月に、下記項目の算定がございましたら  をお願いいたします。

- 各種在宅療養指導料(在宅自己注射指導管理料を除く)、 在宅時医学総合管理料、 在宅がん医療総合診療料、  
 特定施設入居時等医学総合管理料、

・また、紹介前に下記項目の算定がございましたら、算定回数を記入してください。

がん患者指導管理料1 ( ) 回、 がん患者指導管理料2 ( ) 回

がん患者指導管理料3 ( ) 回

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記載

|                   |         |                         |  |
|-------------------|---------|-------------------------|--|
| 滝宮総合病院<br>地域医療連携室 | 申込み送信先  | <b>FAX 087(870)8818</b> |  |
|                   | お問い合わせ先 | <b>TEL 087(876)1109</b> |  |