

～検査申込は別用紙になります～

地域医療総合窓口 あったかサポートセンター

FAX:06-6443-3585 電話:06-6443-3470(直通)

年 月 日

診療科

科

紹介元医療機関

名称

所在地

先生

電話

FAX

医師名

受診歴	<input type="checkbox"/> 有(旧姓:) <input type="checkbox"/> 無			
フリガナ		<input type="radio"/> 男	生年	<input type="radio"/> 大 <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令 <input type="radio"/> 西暦
氏名		<input type="radio"/> 女	月日	年 月 日 (才)
住所	〒 - 自宅 () -			
	携帯 () -			
保険	<input type="radio"/> 社保 <input type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 後期高齢 <input type="radio"/> 生保 <input type="radio"/> その他 ()			
言語 (日本語)	<input type="radio"/> 未選択 <input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 日常会話程度 <input type="radio"/> 不可 会話できる言語: () ※英語・中国語以外の場合は事前にご相談下さい			
依頼	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 ※貴院で訪問診療をされている患者さんですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
紹介目的		症状経過 検査結果 治療経過		
傷病名		既往歴 家族歴		
現在の 処方		備考		ADL: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー 薬物禁忌: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
※記入欄が不足する場合は、別紙に記入・添付願います。				<input type="checkbox"/> その他希望日 <input type="checkbox"/> 都合悪い日
診療 希望日	① 月 日 ()	② 月 日 ()		

(注) この情報は紹介患者さんの診療目的にのみ利用致します。

※受付時間 8:30~19:00(月~金) 9:30~12:30(土)土曜日はFAX対応のみ

FAXは24時間稼働。但し、時間外・休日着分は翌日対応

土・日・祝祭日・年末年始は全科休診です。