＜FAX専用診療申込書＞

【紹介先医療機関】　医療法人友愛会　千曲荘病院

地域医療連携室行　FAX：0268-22-6266

**【紹介元医療機関】**

医療機関名

診療科　　　　　　　医師名

TEL　　　　　　　　　　FAX

担当部署・担当者名　　　　　　　　・

□外来患者の紹介　□入院中の患者の紹介

**【患者情報】**

フリガナ

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

生年月日　大・昭・平・令　　　　年　　　　月　　　　　日　（　　　歳）

住所　〒　　　　―

連絡先　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　携帯

精神科受診歴　□無　□有→医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　）

付添予定者　　□無　□有→続柄（　　　　）

**【診療紹介】**

□外来診療　□入院診療

医師の指定がある場合　　　　　　　　　　　　医師

診察希望日　□緊急（□本日・□1週間以内）

（来院方法　□救急車　□自家用車　□その他　　　　　　）

　　　　　　□後日（不都合日①　　　　　②　　　　　③　　　　　）

・FAX専用診療申込書・診療情報提供書をFAXにてお送りください。

・検査データなどありましたら併せて送信下さい。

・診察日時が決まり次第、予約確認票をFAXにてお送り致します。

・受診当日は、予約確認票、診療情報提供書、健康保険証、お薬手帳をご持参の上、当院受付にお越しくださるようお伝えください。

・FAX専用診療申込書の受け付け時間は平日8：30～16：00です。16：00以降は翌日もしくは翌週の対応となります。

医療法人友愛会　千曲荘病院　地域医療連携室

TEL：0268-22-6611（代表）FAX：0268-22-6266（直通）