

FAX 0574-24-1475

受付時間: 平日8時~19時 土曜8時~17時 時間外は翌営業日の返信となります

紹介元情報									
紹介元医療機関名					医師名				
電話					FAX				
患者様情報									
フリガナ								性別	
患者名								様	
生年月日								歳	
住所								電話	
								携帯	
紹介先情報									
紹介先診療科:					医師名:				
					<input type="checkbox"/> 医師指定なし				
診断名又は症状:					<input type="checkbox"/> 別紙情報提供書のとおり				
希望診察日		第1希望			月 日			第2希望	
								月 日	
							<input type="checkbox"/> 特に希望なし		
紹介目的					備考欄				
<input type="checkbox"/> 診察					<input type="checkbox"/> 入院中(退院予定あり 月 日)				
<input type="checkbox"/> 検査					<input type="checkbox"/> 地域連携パス				
<input type="checkbox"/> 胃カメラ(月 日 予約済) <input type="checkbox"/> 320列CT					紹介患者様が下記点数を算定している場合、チェックを記入ください				
<input type="checkbox"/> 担当医師へ連絡済					<input type="checkbox"/> C002 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> C002-2 特定施設入居時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> C003 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> C100~C116 在宅療養指導管理料				
<u>救急へ紹介の場合、以下に○を記入ください</u>									
<u>来院方法(自家用車 : 救急車 : 施設車)</u>									

お問い合わせ先

木沢記念病院 地域連携部

直通電話 0574-24-1455

直通FAX 0574-24-1475

