

**木 沢 記 念 病 院**  
**紹 介 連 絡・予 約 申 込**

(申込日: 平成 年 月 日 午前・午後 時 分)

**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 明・大・昭・平 年 月 日								歳	
住所		〒			—		電話		—
							携帯		—
紹介先情報									
紹介先診療科:					医師名:				
					□医師指定なし				
診断名又は症状:					□別紙情報提供書のとおり				
希望診察日		第1希望		月 日 午前・午後		第2希望		月 日 午前・午後 □	
								特に希望なし	
紹介目的					備考欄				
□診察					□ 入院中(退院予定あり 月 日)				
□検査					□ 地域連携パス				
□胃カメラ( 月 日 予約済)					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				
□320列CT									
□担当医師へ連絡済					□ C002 在宅時医学総合管理料				
					□ C002-2 特定施設入居時医学総合管理料				
					□ C003 在宅がん医療総合診療料				
					□ C100～C116 在宅療養指導管理料				
救急へ紹介の場合、以下に○を記入ください									
来院方法( 自家用車 : 救急車 : 施設車 )									



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