

FAX 0574-24-1475

受付時間:8時～17時(月～土) 17時以降のお申し込みは翌営業日の返信となります
放射線検査の電話でのご予約は 0574-24-1460 にて承っております
(17時以降は代表電話(0574-25-2181)より担当者にお繋ぎします)

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		
患者氏名								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		第2希望		月 日		□ 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					
救急へ紹介の場合、以下に○を記入ください					□ 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					
来院方法(自家用車 : 救急車 : 施設車)					□ C100～C116 在宅療養指導管理料					
					こちらからお問い合わせをする場合があります。 時間外の紹介の場合は緊急連絡先をご記入ください。 連絡先()					

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

