

《 診 療 依 頼 票 》

志村大宮病院 地域医療連携センター

平成____年____月____日

＝紹介元医療機関＝

_____病院 _____科 担当医師_____先生

電話番号_____ F A X 番号_____

＝ご紹介患者様＝

(フリガナ)

氏 名_____様 生年月日_____ (____才) 男・女

住 所 〒_____

電話番号_____

病 名_____ 障害_____

発 症 日_____年____月____日 手術日_____年____月____日

転院目的： 治療・療養・リハビリテーション (P T ・ O T ・ S T)

希望施設： 志村大宮病院 一般病棟

回復期リハビリ病棟 スイス館

介護療養型医療施設 チロル館

介護老人保健施設大宮フロイデハイム

医 療 費： 社保・国保・老人・生保・労災・自賠・その他

介 護 保 険： 申請中・要支援 1 2 ・要介護 1 2 3 4 5 ・未申請

当院受診歴： 有・無

＝申し込み手順＝

- ① 診療依頼票に必要事項を御記入の上、診療情報提供書と一緒にFAXにて送信してください。
- ② 直接電話での依頼もお受けいたしますが、後日、診療依頼票と診療情報提供書はFAXにて送信願います。
- ③ お返事は、お電話でご連絡差し上げます。
- ④ 当院にて、ご家族との入院面談をさせていただいたあとでのお受入れになります。

志村地域医療連携センター

F A X : 0295-53-7206

電話(直通) : 0295-53-9910

電話(代表) : 0295-53-1111

(内線1117 又は 1118)