

☆☆来院前に診療申込書と共にFAXでお知らせください。

受 診 連 絡 票

施設より→ _____ 病院へ

施設名 _____ (記載者氏名) _____

(Tel 番号 _____ 夜間用Tel番号 _____)

患者氏名 _____ 生年月日 T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医氏名 _____

紹介年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

	※患者の居住(入所)する施設等に☑をしてください。 ()内はどちらか○で囲ってください。		質問事項	※該当に☑をしてください。
1	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(入所・ショートステイ)	1	紹介目的	<input type="checkbox"/> 緊急受診 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> 新患受診 <input type="checkbox"/> 検査受診 <input type="checkbox"/> その他
2	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(入所・ショートステイ)	2	紹介先医師	科 _____ 先生 _____
3	<input type="checkbox"/> 療養型医療機関 (入所・ショートステイ)	3	紹介先への 事前連絡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
4	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム	4	来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 施設の車 <input type="checkbox"/> タクシーなど
5	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	5	持参薬	<input type="checkbox"/> あり(_____ 日分) <input type="checkbox"/> なし
6	<input type="checkbox"/> ケアハウス・軽費老人ホーム	6	同伴者	<input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 家人来院予定(_____ 日 午前・午後 _____ 時頃)
7	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅	7	紹介状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(午前・午後 _____ 時頃 送信予定)
8	<input type="checkbox"/> デイサービス (日中・連泊)	8	介護連絡票 (看護サマリー) 入院時	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(午前・午後 _____ 時頃 送信予定)
9	<input type="checkbox"/> その他(_____)			

備考欄

施設から病院への連絡票のFAX番号

H25.9.19

	平日時間内	休日及び平日時間外	病 院	備 考
1	(0857) 21-8507	(0857) 21-8461	鳥取県立中央病院	
2	(0857) 37-1587	(0857) 37-1553	鳥取市立病院	
3	(0857) 39-8207	(0857) 21-6857	鳥取生協病院	
4	(0857) 59-0713	(0857) 59-1493	鳥取医療センター	
5	(0857) 73-0028		岩美病院	
6	(0857) 84-3287		鹿野温泉病院	
7	(0858) 75-3636	(0858) 75-3952	智頭病院	
8	(0857) 27-1152	(0857) 27-1152	ウエルフェア北園渡辺病院	
9	(0857) 31-0730		尾崎病院	
10	(0857) 39-0531	(0857) 39-0531	鳥取赤十字病院	