

※必ず医療機関からご予約をお申込みください  
 ※本用紙を診療情報提供書と共にご送信ください

## ひたち医療センター 紹介予約申込書

### 地域医療連携室 FAX 番号：0294-37-0847

●受診者情報

申込日： 年 月 日

フリガナ			生年月日	大・昭・平・令
患者氏名	(旧姓: )			年 月 日 ( 歳)
		性別	男 ・ 女	
住所	電話番号( - - )		※診療情報提供書に記載あれば省略可	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (患者番号: )			
A D L	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行		患者状況	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 外来受診中
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> 施設車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他( ) 付添者: (関係: )			

●ご依頼内容

診療科	科	紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 療養病棟
-----	---	------	---

受診希望日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 本日・緊急 ※FAX後、連携室に電話連絡をお願いします。		
-------	---	--	--



**緊急受診時バイタルサイン・医療行為** ※以下もご記入ください。診療情報提供書に記載あれば不要です。

体温( °C)    血圧( / )    脈拍( 回/分)    呼吸( 回/分)  
 SPO2( %   RA・酸素 L)    意識レベル クリア・JCS ( )  
 点滴(有・無)    喀痰吸引(有・無)    その他医療行為等( )

●ご紹介元

医療機関名	
住所	
医師名	
電話番号	
FAX番号	
担当者	

【お問い合わせ先】

ひたち医療センター 地域医療連携室 Tel：0294-37-0609  
 受付時間： 月曜日～金曜日 8：30～16：00  
 土曜日 8：30～11：00

※受付時間外に届いた FAX は翌診療日に対応いたします  
 ※緊急を要する場合は救急外来（代表番号 0294-36-2551）へ  
 お電話ください

※予め外来診療担当医表をご確認の上お申し込みください  
 ※検査資料を事前にご確認させていただく場合がございます

-----以下は記入しないでください-----

患者番号	氏名	生年月日	性別	住所	引継
------	----	------	----	----	----