※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 | □不明　　　　　　□無　　 　　□有　　⇒　（患者番号：　　　　 　　　　　　　　　　　） |
| ADL | □ストレッチャー □車椅子 □歩行 | 患者状況 | □現在入院中　　　□外来受診中 |
| 来院方法 | □救急車　　□福祉タクシー　□施設車　　□自家用車　　□その他（ 　　　　　　　　　）付添者：　　　　　　　　　　　（関係：　　　　　　　　） |

●ご**依頼内容**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科 |  | 科 | 紹介目的 | □外来　　　□入院　　　□療養病棟 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受診希望日 | □無　　□有　（　　　　　　　　　　　　　　）　□都合の悪い日　（　　　　　　　　　　　　　　）□**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（　　　　　℃）　　　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**

【お問い合わせ先】

ひたち医療センター　地域医療連携室 ℡：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

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 医師名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 担当者 |  |

----------------------------------------------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 |