

診療情報提供書 兼 FAX送信票
FAX番号 022-275-5213

独立行政法人 地域医療機能推進機構 仙台病院（JCHO仙台病院）
 地域医療連携室 直通電話番号 022-275-3195

**※緊急性がある場合は、FAX送信前に、
 病院代表022-275-3111より直接各科医師までお電話下さい**

| | | | | | |
|----|---|---|---|----------|-------|
| 平成 | 年 | 月 | 日 | | 医療機関名 |
| | | | | | 所在地 |
| | | | | JCHO仙台病院 | 診療科 |
| | | | | 科 | 医師名 |
| | | | | 先生 | T E L |
| | | | | | F A X |

- * 既に紹介状を作成されている場合は、別紙参照にチェック頂き、添付願います
- * 腎センターご紹介の場合は直近の検査データ（採血・尿）を添付願います

※該当項目の にチェックしてください

| | | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|
| 希望日 | 第1希望 | 年 | 月 | 日 | 第2希望 | 年 | 月 | 日 | 第3希望 | 年 | 月 | 日 |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 入院 ⇒ <<部屋希望 <input type="checkbox"/> 無し・ <input type="checkbox"/> 有り→ <input type="checkbox"/> 多床室・ <input type="checkbox"/> 二人部屋・ <input type="checkbox"/> 個室>> | | | | | | | | | | | |

→ ※病状によっては入院をお勧めする場合がございます
 → ※ご希望に添えない場合がございます

| | | | | | | | | | | | | |
|------|---|--|--|-------|-----|---|----|-----|----|--|--|--|
| 緊急性 | <input type="checkbox"/> 今日、明日中に受診又は入院希望→病院代表022-275-3111より直接各科医師までお電話下さい <input type="checkbox"/> 1週間以内で受診または入院希望→上記枠内の希望日にご記入下さい | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | (フリガナ) | | | 生年月日 | 明・大 | 年 | 月 | 日 | 性別 | | | |
| | | | | | 昭・平 | (| 歳) | 男・女 | | | | |
| 電話 | 自宅 | | | その他 | | | | | | | | |
| | 携帯 | | | 勤務先電話 | - | - | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 傷病名 | | | | | | | | | | | | |
| 症状 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 詳細は別紙参照 | | | | | | | | | | | |
| 透析 | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → (<input type="checkbox"/> 月水金 ・ <input type="checkbox"/> 火木土 / <input type="checkbox"/> 日中 ・ <input type="checkbox"/> 夜間) | | | | | | | | | | | |
| 認知症 精神疾患等 | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → (問題行動等あればご記入下さい) | | | | | | | | | | | |
| 来院時 ADL | <input type="checkbox"/> 自立歩行 ・ <input type="checkbox"/> 歩行器、杖歩行 ・ <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-------|-------|-----|--|
| 保険者番号 | 本人・家族 | 負担割 | 1 ・ 2 ・ 3 割負担 |
| 記号・番号 | | | <input type="checkbox"/> 自己負担限度額「一般」適用 |