

紹介患者 FAX 予約申込書

国立病院機構茨城東病院
地域医療連携室 宛

FAX 029-287-8638

TEL 029-282-1151 (音声ガイダンス 3 番)

年 月 日

※ 受付時間…平日：月～金曜日(土、日、祝日は除く) 8:30～16:30

紹介元医療機関名

診療科・医師名

電 話

F A X

どちらかに ☒ をお願いします。☐ 次の患者様を紹介いたします。☐ セカンドオピニオンを希望します。☐ 受診 ☐ 転院

(フリガナ) 氏 名		性別 男 ・ 女	生年月日：T・S・H・R 年 月 日(歳) * 茨城東病院 受診歴：有 ・ 無 (晴嵐荘時代も含めどれかに○をつけてください。)
電話番号	電話番号： — — 携帯： — —		
受診科	呼吸器内科(□肺結核 □睡眠時無呼吸症候群 □その他) 呼吸器外科・小児科・循環器科		
受診希望年月日 ① 又は②を お選びください	① 初診担当医 第1希望 月 日(曜日) 第2希望 月 日(曜日) ② 指定医師 ()医師		

当日の状況	☐ 通院中 ☐ 入院中⇒入院料等の算定情報を記載した文書をご持参ください。		
本日緊急時	☐ 本日(緊急)⇒FAX 送信後、地域医療連携室までお電話をお願いします。		
バイタルサイン	・体温 °C ・脈拍 回/分 ・血圧 / ・呼吸回数 回/分 ・SPO2 %⇒【酸素使用 L %】 ・意識レベル 清明・JCS () ・意思疎通 可能・不可能 ・ADL 自立 車いす ストレッチャー		
持参画像等	☐ なし ☐ あり	☐ X-P ☐ CT ☐ MRI ☐ その他 () 撮影されている場合は、ご提供をお願いします。	
来院方法	☐ 救急車 ☐ 自家用 ☐ 福祉タクシー ☐ その他 ()		

- この予約申込書と診療情報提供書を FAX で送信して下さい。
- 折り返し、予約日、予約時間等の予約票を FAX 送信差し上げます。
- 患者様に診療情報提供書を持たせていただきますようよろしくお願いします。
- ご紹介当日来院希望の場合は、紹介元医療機関様から、地域医療連携室看護師長に直接お電話をお願いします。