

水戸済生会総合病院　　水戸市医師会病棟

水戸済生会総合病院　　地域医療連携室

TEL 029-254-9067　　FAX　029-254-8155

TEL 029-254-9067　　FAX　029-254-1637

**SHD外 来・入院 予 約 申 込 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 水戸済生会総合病院 | 医療機関名 |  |
|  | 　　医師名 |  |
| 循環器内 | 科 | 医師名　　 |  |  | 　　　TEL |
| 　医師を指定されない場合は、診療科のみご記入ください | 　　　 FAX |
| 水戸済生会総合病院　受診歴　：　無 ・ 有（ID　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  ふりがな |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | （ 明・大・昭・平 ）　　　　年　　　月　　　日　（　　　　才） |
|  患者氏名 |  | 　必ずご記入ください |
| 　TEL | 　 |
|  |  |  |  |  |
|  A D L | 　自立　・　要介助　・　全介助 | 　認 知 症 | 　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　）　不明 |
|  難　聴 | 　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　） | 　視力低下 | 　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　）　不明 |
|  酸素使用 | 　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　） | 　精神疾患 | 　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　）　不明 |
|  特異体質（過敏症）等 | 　無　・　有（　　　　　　　 　　 ） |  |  |
|  来院方法 | 　救急車　・　救急車以外 | 　病院到着時 ストレッチャー | 　要　・　不要 |
|  希望日 | 　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 都合の悪い日 |  |
|  傷病名（症状） |  |
| 今回のご依頼 | □　診療依頼　　□　入院依頼 |
| 【依頼内容】（または、診療報提供書を添付してください。） |
|  |
|   特記事項 | 内服薬（抗凝固薬・抗血小板薬など）は**必ず**ご記入ください。アレルギー歴（疾患名・キシロカイン・ヨード　その他） |

【予約受付時間】　 **平日　午前８：３０　～　１７：００**

 ※時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休日明けとなります。

 ※連絡までにお時間をいただく場合がございます。お急ぎの場合はお手数ですがご連絡ください。

 ※「外来予約申込書」と「診療情報提供書」を事前にFAX送信してください。

 　予約日を調整し「予約票」をFAXにてお送りいたします。

【お問い合わせ】　 水戸済生会総合病院　地域医療連携室

 　 TEL：０２９－２５４－９０６７（直通）

 　 FAX：０２９－２５４－１６３７（直通）

* このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、水戸済生会総合病院　地域医療連携室に送られています。

もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を、上記紹介元医療機関までお知らせください。