

FAX 0550-83-3587 (直通)

連携情報 FAX 送付票

送信日: 年 月 日

送信先: 公益社団法人 有隣厚生会 富士病院  
地域連携室 行

送信元:

Fax: 0550-83-3587(直通)

Fax:

Tel: 0550-83-3586(直通)

Tel:

送信枚数 枚 (表紙含む)

【患者さま情報】

氏名 フリガナ		性別	男・女
生年月日	年 月 日	生 歳	
住所	〒		
電話番号			

【保険情報】

主 保険	保険者番号:	併用 保険	負担者番号:
	記号・番号:		受給者番号:
	被保険者との続柄: 本人 ・ 家族		種別: 老 ・ 乳 ・ その他 ( )

【連携情報】

紹介目的	診察 ・ 検査 ・ 入院希望 ・ その他 ( ) ※入院希望の場合は、次ページの『入院確認票』を添付してください。
希望診療科	
医師	希望医師: ・ 担当医
受診希望日時	① 月 日 時 ② 月 日 時
受診歴	初めて ・ 以前に受診あり (他科含む)

【備考】

--

診療情報提供書(紹介状)を添付してFAX送信してください。  
入院希望の場合は、次ページの『入院確認票』も添付してください。  
折り返し、予約票をFAX送信いたします。  
ご希望にそえない場合は、電話連絡させていただきます。

以上

FAX 0550-83-3587 (直通)

## 入院確認票

### 【現在の様子と入院希望内容】

患者氏名			
キーパーソン	連絡先：	連絡先：	連絡先：
入院日	本日 ・ 後日		
来院方法	歩行・車椅子・ストレッチャー・その他（ ） 自家用車・救急車・施設の車・タクシー・民間救急・寝台車		
今の住居	在宅・施設・病院		
医療処置	無・酸素・経管栄養・点滴・尿カテーテル・その他（ ）		
希望病床	大部屋・個室・どちらでも可・未確認		

### 【患者さまの状況】

認知症	無・有	介護度	要介護度 1・2・3・4・5
問題行動	無・有（ ）		
ADL	寝たきり・車椅子・自立 車椅子への移動：自力・一部介助・全介助		
排泄	自立・オムツ・ポータブルトイレ・留置カテーテル		
食事	経口・経管栄養 内容： 自立・セッティングにて自力・一部介助・全介助		
その他			

### 【備考】

--

前ページの『連携情報 FAX 送付票』、診療情報提供書(紹介状)と一緒に FAX 送信してください。  
折り返し、予約票を FAX 送信いたします。  
ご希望にそえない場合は、電話連絡させていただきます。

以上