聖麗メモリアル病院　紹介予約申込書

申込日：　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

医療機関名：

TEL：

FAX：

医師名：

申込ご担当者名：

聖麗メモリアル病院　地域医療連携室　行

**【FAX】0294-52-8538**

**【受付】9：00～17：00**

【TEL】0294-52-8515(紹介専用ダイヤル)

【休診日】日曜日、祝日等

□　至急お返事が必要な場合にはチェックをお願い致します(患者様が院内待機中など)。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | | 性別 |
| 患者氏名 |  | 大正・昭和・平成・令和  　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　　歳) | | 男性　・　女性 |
| 電話番号 | ―　　　　　　　　　―　　　　　　　　　(日中繋がる番号でお願いします。) | | | 健康保険加入  あり　・　なし |
| 患者状況 | □　入院中　□　外来受診中　□　その他 | | □　独歩　　□　車いす　　□　ストレッチャー | |
| 診療科 | □　脳神経外科　　□　脊椎センター(しびれ外来)　　□　希望なし | | | |
| 希望医師 | □　なし　　□　あり(　　　　　　　　　　　　　　　医師) | | | |
| 希望日 | □　希望日なし　　□　**緊急・本日中※**　　ご都合の悪い日(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 第一希望日：　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | 第二希望日：　　　　　　　　月　　　　　　　　　　　日 | |

**※緊急・本日中**を希望の場合には太枠の欄もご記入ください。バイタルについては測定している項目で結構です。

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 | □　入院　□　外来受診 |
| 来院方法 | □　救急車　　□　福祉タクシー　　□　自家用車　　□　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 付き添い | □　家族(本人との関係：　　　　　　　　)　□　看護師　　□　その他(本人との関係：　　　　　　　　　　) |
| バイタル | 体温(　　　　　℃)　　血圧(　　　　/　　　　)　脈拍(　　　　　回/分)　意識レベル(JCS：　　　　　　　　　) |
| 医療行為 | □　なし　　□　あり(　点滴　・　喀痰吸引　　・　酸素　　　　　㍑、SPO2　　　　　％　・　その他　　) |

【申し込み方法】　　本申込書と診療情報提供書(書式は問わない)を地域医療連携室にFAX送信してください。

・情報確認の為、ご連絡をさせていただく場合がございます。

・予約の確認ができ次第、予約確認書及びお電話にて回答させていただきます。

・調整にお時間をいただく場合があります。

※再診の受診予約は、患者様より予約専用ダイヤル(ＴＥＬ：0294-52-8529　受付：13：30～17：00)へお掛けください。

※聖麗メモリアル高鈴、聖麗メモリアルひたちなか受診をご希望の場合は、下記へご連絡をお願い致します。

聖麗メモリアル高鈴　ＴＥＬ：0294-23-6060(代)　　/　　聖麗メモリアルひたちなか　ＴＥＬ：029-219-8400(代)