

紹介患者事前連絡票

令和 年 月 日

■患者情報

| | | | | |
|------|--------------|----------|------------|--|
| フリガナ | | 生年 月日 | T・S・H・R | |
| 氏名 | 男・女 (旧姓) | | 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | | | | |

注：下記の連絡先にお問い合わせをさせて頂くことがあります。

| | | | | | |
|--|-----------------|-------|---|------------|--|
| 連絡先 | 携帯 | 自宅 | | | |
| 当院受診歴 | あり (診療科： 年 月頃) | なし | | | |
| 受診希望日 | ① 月 日 () | 受診希望科 | 科 | 受診希望 医師 | |
| | ② 月 日 () | | | | |
| お電話でご予約調整済みの場合はチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 電話で予約済み | | | | | |

■保険情報

| | | | | | |
|--|---|------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| マイナンバー カード | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 保険種別 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | <input type="checkbox"/> 社会保険 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 共済保険 | <input type="checkbox"/> その他() | |
| ※マイナンバーカードに紐づけされない紙の医療証や介護保険証などはすべてご持参ください | | | | | |

■その他連絡事項

| |
|--|
| |
|--|

■開放病床利用について にチェックをご記入ください。

| |
|--|
| 入院になった場合、開放病床利用希望 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ※紹介患者さんがご入院後開放病床利用決定時、連携室より電話にてご連絡させていただきます。 |

■「連携ネット北九州のカルテ公開」について にチェックをご記入ください。

| |
|--|
| カルテの閲覧を <input type="checkbox"/> 希望する → 患者さまへの説明 <input type="checkbox"/> 済、同意取得 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ※連携ネット北九州とは かかりつけ医と医療センターをインターネット回線で接続し、診療情報の共有を行い切れ目のない 医療サービスを提供するシステムです。ご希望時は医療連携室までご連絡ください。 |

■紹介元医療機関

| | | | |
|-------|-------|-------|--|
| 医療機関名 | | 医師名 | |
| 所在地 | | | |
| 連絡先 | TEL : | FAX : | |

※この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、患者さんには別途、診療情報提供書をお渡しください。

※ご都合により来院出来ない場合は、医療連携室までご連絡ください。

※病院内で介助が必要な方は、可能な限り付添いの方1名(ご家族等の方)とご来院くださいますようお願いいたします。なお、お1人で来院される場合は、事前にご連絡くださいますようお願いいたします。