

※必ず医療機関からご予約をお申込みください

※本用紙を診療情報提供書と共にご送信ください

※紹介元以外のかかりつけ医からの処方内容がございましたらご送信ください

ひたち医療センター 紹介予約申込書
地域医療連携室 FAX 番号：0294-37-0847

●受診者情報

申込日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
患者氏名	(旧姓：)	性別	年 月 日 (歳) 男・女
住所	電話番号(- -) ※診療情報提供書に記載あれば省略可		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (患者番号：)		
A D L	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行	患者状況	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 外来受診中
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> 施設車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他() 付添者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (関係：)		

●ご依頼内容

診療科	科	紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 療養病棟
-----	---	------	---

受診希望日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 () <input type="checkbox"/> 本日・緊急 ※FAX後、連携室に電話連絡をお願いします。
-------	--



緊急受診時バイタルサイン・医療行為 ※以下もご記入ください。診療情報提供書に記載あれば不要です。

体温(°C) 血圧(/) 脈拍(回/分) 呼吸(回/分)
SPO2(% RA・酸素 L) 意識レベル クリア・JCS()
点滴(有・無) 喀痰吸引(有・無) その他医療行為等()

●ご紹介元

医療機関名	
住所	
医師名	
電話番号	
FAX番号	
担当者	

【お問い合わせ先】

ひたち医療センター 地域医療連携室 TEL：0294-37-0609
受付時間： 月曜日～金曜日 8：30～16：00
土曜日 8：30～11：00

※受付時間外に届いた FAX は翌診療日に対応いたします

※上記時間外に緊急を要する場合は FAX 送信の前に救急外来へ

お電話をお願いします (代表 0294-36-2551)

※予め外来診療担当医表をご確認の上お申し込みください

※検査資料を事前にご確認させていただく場合がございます

-----以下は記入しないでください-----

患者番号	氏名	生年月日	性別	住所	引継
------	----	------	----	----	----