

医療法人 整肢会 副島整形外科 診療申込書

御希望の項目にレ印、検査に○印を記入下さい。

- 入院依頼
- 外来受診依頼
- 検査依頼
(CT ・ MRI ・ 骨塩量)

送信元名
担当者名

※この申込書を基にカルテを作成しますので、正確に御記入下さい。

フリガナ		保険者番号	
患者様氏名		記号・番号	
性別・年齢	男 ・ 女 歳	公費負担番号	
生年月日	M T S H 年 月 日	受給者番号	
住所・TEL	長期入院・入所 時は施設可 TEL	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 割	
		被保険者氏名	

御診断病名	:		
来院希望日時	:	H 年 月 日	時 分頃到着
職員又は家族の同行	:	有 ・ 無	[職員 家族]

《受傷前のADL状況》

食 事	自立	一部介助	全介助	言語 コミュニケーション	良好	軽度可	不可
入 浴	自立	一部介助	全介助	認知症の有無	有り	無し	
排 泄	自立	一部介助	全介助				
移 動	自立	一部介助	全介助				

Comment: 症状・痛みの部位、受傷に至った経緯、特記事項などありましたら、ご記入下さい。

緊急連絡先(搬送時の連絡先) [ー ー]

医療法人 整肢会 副島整形外科 地域連携室

FAX:0954-20-0377 TEL:0954-20-0388 地域連携室直通TEL:0954-20-0385