

送信日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

御診断病名	:	
来院希望日時	:	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) [_____]

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