ＦＡＸ予約申込書（外来専用）

送 信 先：県 立 新 発 田 病 院患者サポートセンター
ＦＡＸ番号　0254-22-5374（直通）
電話番号　0254-22-3258（直通）

★予約受付時間 **平日8:30～16:30（翌日の診察希望は前日14:00まで）**
※ 当日のFAX予約は出来ません。直接、医師にご相談ください。

※お願い事項

1 新発田病院への診察依頼の場合、**診療情報提供書は作成ししだいFAXで送信**をお願いします。予約当日、患者さんに持参させてください。

2 整形外科、婦人科、皮膚科は専門医からの紹介のみの予約となりますのでご注意をお願いいたします。

3 脳波検査へご依頼の場合も、この用紙をご利用ください。

4 検査（放射線科）ご依頼の場合は、診療情報提供書とMRI検査安全確認票も併せて送信ください。

5 検査（放射線科）ご依頼の場合は、診療情報提供書に身長・体重の記載をお願いします。

6 CT,MRI造影検査をご依頼の場合は、診療情報提供書にeGFR の記載をお願いします。

7 リウマチ科へのご依頼の場合は、診療情報提供書と検査データ等も併せて送信ください。

依頼月日　　年　　月　　日　　所在地

医療機関名

★ 予約日に関する希望

電話番号

ＦＡＸ番号

医師名

予約科及び医師＿＿＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿医師

※内科の場合、専門科での記載お願いします。

病名または紹介目的＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ 患者氏名	旧姓 （　　）			男・女
生年月日	大・昭・平・令　年　月　日（　歳）			電話番号
住所	〒			
公費負担番号			保険者番号	
受給者番号			記号・番号	・
負担割合	0・1・2・3 割	0・1・2・3 割	被保険者	本人・家族

● 貴院での当該患者における以下の診療報酬項目の届出状況についてお尋ねいたします。

□ 地域包括診療加算　□ 地域包括診療料　□ 小児かかりつけ診療料

□ 在宅時医学総合管理料　（□在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院）

□ 施設入居時等医学総合管理料　（□在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院）

□ 在宅がん医学総合診療料　□ 在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く）

□ こころの連携指導料（1）

● 地域医療支援病院（県立新発田病院）の連携登録医の方にお尋ねします。

共同診療を希望されますか　□ 希望する　□ 希望しない