　ＦＡＸ予約申込書（外来専用）

＜ 診療情報提供書と併せてＦＡＸ送信をお願いします。＞

※急患はＦＡＸではお受けできません。直接、医師にご相談ください。

|  |
| --- |
| 〔 送信先 〕 新潟県立リウマチセンター 患者サポートセンター |
| ＦＡＸ番号：０２５４-２２-５３７４ （受付時間8:30～16:30）  電話番号：０２５４-２２-３２５８（直通） |
| ※電話は新発田病院と共有のため「 リウマチセンター予約 」とお伝えください。 |
| 〒９５７-００５４　新潟県新発田市本町１丁目２番８号 |

令和　　　年　　　月　　　日

紹介元 所在地

医療機関名

医師名

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者氏名 |  | | 旧姓 |  |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | （ 自宅・携帯・その他：　　　　　 ） | | |
| 当院受診歴 | □なし　 □あり→当院ＩＤ（お分かりになれば）： | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的等 |  |
| 当日持参資料 | □Ｘ線　 □ＣＴ　 □ＭＲＩ　 □内視鏡　 □その他（　　　　　　　　 ） |
| 希望医師 | □なし　 □あり（　　　　　　　　　　　　医師 ） |
| 予約の希望 | □いつでも良い　 □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ） |

貴院が診療所の場合は記入願います

|  |  |
| --- | --- |
| 当該患者における下記の在宅療養指導管理料等の算定（当月または前月） | 無 ・ 有 |
| C002 在宅時医学総合管理料　　　　　C002-2 施設入居時等医学総合管理料  C003 在宅がん医療総合診療料  C100～119 在宅療養指導管理料（C101 在宅自己注射指導管理料を除く） | |