

# 岡崎市民病院 開放病床入院依頼票

年 月 日

★入院予定日時

年 月 日 曜日

午前

午後

時 分 頃

医療機関名
医師名
TEL
FAX

★岡崎市民病院から詳細な診療状況を示す文書の提供を希望する。

→  希望しない場合は左記に✓を入れてください。

受診者	フリガナ		性別		生 年 月 日
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
	住所	( 〒 )			
	TEL	自宅電話		携帯電話	
当院診察券番号		(当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)			
算定状況	<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 ・ <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療科 ・ <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料 ・ <input type="checkbox"/> 特定施設入居等医学総合管理料				

【主訴又は診断】

【経過及び依頼目的】

開放病床入院について本人及び家族に説明し、同意を得ています。

CD-R・フィルム・USB・病理標本	有 ( <input type="checkbox"/> 患者持参 ・ <input type="checkbox"/> 集配) ・ <input type="checkbox"/> なし	返却 ( <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 患者へ ・ <input type="checkbox"/> 不要)
検査結果・その他	有 ( <input type="checkbox"/> 患者持参 ・ <input type="checkbox"/> 集配 ・ <input type="checkbox"/> FAX ) ・ <input type="checkbox"/> なし	返却 ( <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 患者へ ・ <input type="checkbox"/> 不要)

岡崎市民病院地域医療連携室 病診連携 (TEL:0564-66-7262 FAX:0564-25-6720)