

北総白井病院 地域連携室 紹介患者様 受け入れのご案内

当院 地域連携室では外部施設からの紹介患者様の受け入れを行っております。患者様の症状等をお伺いし院内スタッフに受け入れの可否を確認、スムーズな受入体制を確保致します。

患者様ご紹介の流れ

1.地域連携室までご連絡ください。患者様の情報・症状をお伺い致します。

【TEL】 047-492-1001(代表)

2.症状・バイタル等を専用の患者情報提供書に記載し、FAXにてお送りください。
月始めの受診の場合は、保険証も併せてお送りください。

【FAX】 047-492-8140(直通)

3.日程調整・受け入れ可否の判断をし、地域連携室からご連絡致します。
受け入れ当日はカルテ準備・事前受付をしてお待ちしております。

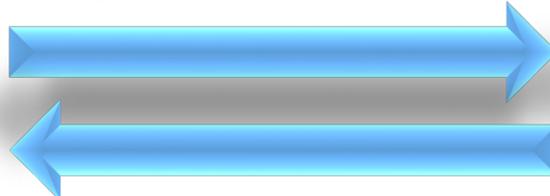
4.受付に情報提供書・保険証を提示してください。

受診後は当院医師が情報提供書の通信欄に次回診察予定や
注意事項等を記載し、施設スタッフにお渡し致します。



紹介元施設

①電話による問い合わせ ②情報提供書等のFAX
④情報提供書・保険証の提示



③日程・受け入れ可否のご連絡



地域連携室

その他、不明な点がございましたらご連絡ください。

患者情報提供書

紹介先医療機関名 北総白井病院 地域連携室

科 先生 御机下 年 月 日

次の者は、当施設の利用者です。通院に係る病名及び症状は次の通りです。

施設名		入所・ショート（期間 月 日～ 月 日まで）			
ふりがな		年齢	生年月日		
氏名	男・女	歳	(明・大・昭)	年	月 日
主症状					
いつから	月 日	時頃より			
どのような症状がどうなったか(バイタルサイン)		バイタルサイン			
		血圧	/	mmHg	
		体温	°C		
		脈拍	回/分		
		呼吸回数	回/分		
		SPO ₂	%		
既往歴	高血圧・糖尿病・心疾患・脳卒中(脳出血・脳梗塞)・その他()				
日常生活	移動	ストレッチャー・車椅子・自力歩行			
	食事	自力・介助・全介助・経管栄養			
	排泄	自立・介助・ポータブルトイレ・オムツ・バルーン・最終排泄 月 日			
	会話	普通に可・意味不明・発語なし			
認知症	無・有 (徘徊・大声をだす・暴力行為・不穏)				
アレルギー	無・有 薬品()食品()				
内服薬	無・有 (内容のわかるものをFAXまたは、持参してください)				
記載者名	(職種)		同伴者名	(職種)	
			到着予定時刻	時	分頃
通信欄					
次回再診 (有・無) 月 日 曜日					
医師		科		印	