



聖麗メモリアル病院 紹介予約申込書

聖麗メモリアル病院 地域医療連携室 行

【FAX】0294-52-8538

【受付】9:00～17:00

【TEL】0294-52-8515(紹介専用ダイヤル)

【休診日】日曜日、祝日等

申込日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名:

TEL:

FAX:

医師名:

申込ご担当者名:

至急お返事が必要な場合にはチェックをお願い致します(患者様が院内待機中など)。

フリガナ	生年月日		性別
患者氏名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)		男性・女性
電話番号	— — (日中繋がる番号でお願いします。)		健康保険加入 あり・なし
患者状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来受診中 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
診療科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 脊椎センター(しびれ外来) <input type="checkbox"/> 希望なし		
希望医師	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(医師)		
希望日	<input type="checkbox"/> 希望日なし <input checked="" type="checkbox"/> 緊急・本日中※ ご都合の悪い日()		
	第一希望日:	月 日	第二希望日: 月 日

※緊急・本日中を希望の場合には太枠の欄もご記入ください。バイタルについては測定している項目で結構です。

紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来受診
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他()
付き添い	<input type="checkbox"/> 家族(本人との関係:) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他(本人との関係:)
バイタル	体温(°C) 血圧(/) 脈拍(回/分) 意識レベル(JCS:)
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(点滴・喀痰吸引・酸素 濃度、SPO2 %・その他)

【申し込み方法】 本申込書と診療情報提供書(書式は問わない)を地域医療連携室に FAX 送信してください。

・情報確認の為、ご連絡をさせていただく場合がございます。

・予約の確認ができ次第、予約確認書及びお電話にて回答させていただきます。

・調整にお時間をいただく場合があります。

※再診の受診予約は、患者様より予約専用ダイヤル(TEL:0294-52-8529 受付:13:30～17:00)へお掛けください。

※聖麗メモリアル高鈴、聖麗メモリアルひたちなか受診をご希望の場合は、下記へご連絡をお願い致します。

聖麗メモリアル高鈴 TEL:0294-23-6060(代) / 聖麗メモリアルひたちなか TEL:029-219-8400(代)