

新潟臨港病院
 新潟万代病院
 入院依頼書

臨港：地域連携センター医療連携室 専用 TEL 025-275-2239 FAX 025-275-2208
 万代：地域連携室 専用 TEL 025-244-4701 FAX 025-244-4702

①～⑥の欄にご記入の上、送信下さい。緊急(即日)入院が必要な場合は、お電話ください。

① ご依頼元	医療機関名				科
	医師名	先生	ご連絡担当者	様	
	電話	() -	FAX	() -	

② ご紹介いただく 患者様	フリガナ				旧姓	年齢	性別
	氏名	様				歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日		
	住所	〒 - 区			電話番号() -		

③ 患者様の現在の状況	受入準備の参考とさせていただきますので、患者様の概況を簡単に、わかる範囲でお知らせ下さい						
	病状	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書を参照					
	A DL等	移動： <input type="checkbox"/> 自力歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 介助要 <input type="checkbox"/> その他() 排泄： <input type="checkbox"/> トイレ自立 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 便尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他() 食事： <input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 摂食困難 <input type="checkbox"/> その他() 居住： <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他() その他参考事項：					

④ 担当医師のご希望
<input type="checkbox"/> 担当医師の希望がある
_____科 医師
<input type="checkbox"/> 担当医師選定は病院に任せる

⑤ 臨港病院・万代(旧通信)病院 いずれかの受診歴
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

(診察カードの番号がわかればご記入下さい)

⑥ 保険情報 (記入任意)	患者様の同意の上で下欄にご記入いただくか、保険証類をFAXして下さい						
	主保険	保険者番号					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
		記号	番号			負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	公費①	負担者				受給者	
	公費②	負担者				受給者	

ご紹介有り難うございます。ベッド状況等調整次第、電話にてご連絡申し上げます。
 受入確定しましたら、診療情報提供書等のご準備について、よろしくお願いいたします。

病院処理欄 受付： 日 時 分 → 回答： 日 時 分 担当者