─────────────────────────────────────────────────

　　【　紹介票　】　　　　　　　　　　　士幌町国民健康保険病院 宛

─────────────────────────────────────────────────

紹介日：令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関名：

所在地：

電話番号：

FAX番号：

担当者名（職種）：

─────────────────────────────────────────────────

患者氏名（ふりがな）：　　　　　　　　　　　　、性別：男・女、　生年月日：　　　年　　月　　日

住所：〒　　　-

紹介目的：（該当する項目に✔を付けてください）

[ ]  術後のリハビリ継続入院

[ ]  レスパイト入院

[ ]  急性期を過ぎた段階での療養目的入院（DPC Ⅲ～）

[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

現在の主病名・治療内容：

入院希望日（目安）：

感染症の有無：[ ]  なし　[ ]  あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

希望・連絡事項：

─────────────────────────────────────────────────

※紹介状（診療情報提供書）、処方内容、検査データなどがあれば同封ください。

※ご不明点がございましたら、下記までお気軽にお問い合わせください。

※この用紙は当院ホームページトップ画面よりダウンロード可能です。

【ご紹介・ご相談窓口】

士幌町国民健康保険病院　地域連携室

TEL：01564-5-2106　FAX：01564-5-5006

担当：総看護師長 福田尚恵

─────────────────────────────────────────────────