鎌倉ヒロ病院施設外来受診連絡票

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  |  | 診察希望日 | 月　　　日 |
|  | 来院予定時刻 |  |
| ご担当者様 | 様 |  | ※お迎えサービスご希望の場合、時間指定はご遠慮下さい。 | |
| 連絡先 | 電話： |  | お迎えサービス希望 | 無　・　有（同乗者　　名） |
| FAX： |  | ※お迎えサービス予約は当日9:30までにFAXお願いします | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者名 | 様 | ご家族氏名 | 様 |
| ご家族連絡先  (緊急用) | 電話： |
| 生年月日 | 年　 　月　 　日(　　 歳） | FAX： |
| 性　別 | 男　　・　　女 | ご家族への連絡 | 済　　・　　未 |
| 当院受診歴 | 有　　・　　無  ある場合,診察券番号（　 　　　　　 　） | ご家族同伴 | 有　　・　　無 |
| 入院希望 | 有　　・　　無 |
| 移動手段 | 徒歩 ・ 車いす ・ ストレッチャー | 認知症の有無 | 有　　・　　無 |
| 症状内容と経過  【V/S】　計測日時　 /　 　:　　　T=　　　　℃　BP=　　　　　　　P=　　　　　SPO₂=　　　％  記載者：　　　　　　（職種：　　　　　） | | | |
| 鎌倉ヒロ病院  鎌倉市材木座1-7-22  TEL：0467-24-7171  FAX：0467-24-7174  施設外来受付：平日8:30～11:45  　　　　　　　　 14:30～16:30 | | 受診までの手順  ①受診連絡票に必要事項を記載し鎌倉ヒロ病院にFAXし  FAX後、当院にお電話下さい。  ③お電話にて確認後、ご予定時刻にご来院下さい。  その他、ご不明点ございましたら、受付時間内にお電話にて  お問合せください。 | |