診療情報提供書(専用) お申込書 通所・訪問リハ併用

★ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰの記載がある文書は取扱いできません。

申込者記入					
申込日		令和　　年　　月　　日	中東遠総合医療センター		
患者	患者番号		生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
	ふりがな				(男 ・ 女)
	氏　　名				
	住　　所	〒			
	連 絡 先	(　　)　　－	自宅 ・ 携帯 ・ その他(　　)		
施設	住　　所	〒			
	名　　称				
	連 絡 先	(　　)　　－			
	申込者・担当者氏名	(続柄)			
どちらかを選択	□	文書郵送希望 ⇒ 封筒に住所記載	※記載住所へ郵送		
	□	電話連絡希望 ⇒ 電話番号記載	※2番文書受付で受取		
診 療 科		科	医 師 名	医師	
最終受診日		平成・令和　　年　　月　　日	※受診がない場合は記載出来ない場合あり		
診療情報提供書			通	880330 + 001274 (コメント用)	

以下の項目もご記入ください。　※封筒預かり 有・無　※担当医了承 済・未

【現在の利用サービス】　介護度／要介護(　　)・要支援(　　)

	訪問看護		訪問介護		入浴サービス	その他
	デイサービス		ショートステイ		施設入所	
	住宅改修		デイケア		福祉用具	

【連絡・お問い合わせ内容】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿について

【担当者記入欄】

取扱者	登録日	処理日	文書料金	郵送代金	郵送連絡日	郵送連絡先	連絡方法
			(入院費に含)	済 ・ 未	担当:	本人・家族 申込者 (　　)	自宅・携帯 お知らせ文 (　　)

【受取時記入欄】

受取日	受取者署名	取扱者

2.12.1

【お申込みに際しての留意点】

遅滞の原因になりますので、お申込み書は必ず全ての項目にご記入をお願いいたします。
＊不備等がある場合は受付出来ない場合がございますのでご了承ください。

令和2年4月から地域医療支援センター(旧・地域連携室)での受付・交付等は行っておりません。
重複や紛失の原因になりますので地域医療支援センターへのFAX等ご遠慮ください。

お申込み方法

②番文書受付	平日8時30分～16時30分
FAX	平日8時30分～16時30分 FAX番号(医事課内)0537－28－8916
郵送	436－8555 静岡県掛川市菖蒲ヶ池1番地の1 中東遠総合医療センター 医事課　患者相談係

ご不明な点やお問い合わせは医事課・医事係までご連絡ください。
連絡先　0537－21－5555(代表)

表面の項目に記載できない場合、こちらをご活用ください。