



# F A X 予約申込書（外来専用）

< 診療情報提供書と併せてF A X送信をお願いします。 >

※急患はF A Xではお受けできません。直接、医師にご相談ください。

**[ 送信先 ] 新潟県立リウマチセンター 患者サポートセンター**

**F A X 番号 : 0 2 5 4 - 2 2 - 5 3 7 4** (受付時間 8:30~16:30)

電話番号 : 0 2 5 4 - 2 2 - 3 2 5 8 (直通)

※電話は新発田病院と共有のため「リウマチセンター予約」とお伝えください。

〒957-0054 新潟県新発田市本町1丁目2番8号

令和 年 月 日

紹介元 所在地  
 医療機関名  
 医師名  
 電話番号  
 F A X 番号

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		旧姓	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )		
住所	〒		
電話番号	( 自宅・携帯・その他 : )		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→当院 I D (お分かりになれば) :		

紹介目的等	
当日持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ( )
希望医師	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 医師 )
予約の希望	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> あり ( )

貴院が診療所の場合は記入願います

当該患者における下記の在宅療養指導管理料等の算定 (当月または前月)	無・有
C002 在宅時医学総合管理料	C002-2 施設入居時等医学総合管理料
C003 在宅がん医療総合診療料	
C100~119 在宅療養指導管理料 (C101 在宅自己注射指導管理料を除く)	