

訪問リハビリの院長外来受診 予約票 (FAX)

Ver.2604

<ケアマネジャーが、以下の太枠内をご記入下さい>

申込日	平成 年 月 日		
申込者 情報 (ケアマネジャー様)	事業所名	ふりがな	
	連絡先	担当者名	
		TEL)	
		FAX)	
利用者 情報	ふりがな		
	氏名		
	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
受診の目的	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリの 新規利用 のため <input type="checkbox"/> 訪問リハビリの 継続利用 のため		
診療情報提供書の用意	<input type="checkbox"/> あり (基本は利用者様が受診時に持参) <input type="checkbox"/> なし		
外来受診 日時の希望	第1希望)		
	第2希望)		
	第3希望)		



中田病院 地域連携室 (担当: 田部井)
FAX: 0480-61-4467 (直通)



受診の予約日時が決定しましたら、担当者よりケアマネジャー様へご連絡させていただきます。
なお、ご利用者様へのお知らせは、ケアマネジャー様よりお願い申し上げます。

※ご不明な点等がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。
(その際は「訪問リハビリの院長外来受診の件で」とお伝え下さい。)

中田病院 地域連携室 (担当: 田部井)
TEL: 0480-61-3122 (病院代表)

<事務記載欄>

受診の 予約日時	月 日 () 時 分
-------------	-------------

診療情報 提供書の 最終診療日	/	<input type="checkbox"/> 提供書 なし
-----------------------	---	------------------------------------