

診療申込書（診療情報提供書）

令和 年 月 日

福井県立すこやかシルバー病院 地域連携室	御中	紹介元 所在地 〒 _____
<u>TEL 0776-98-2700</u>		医療機関名 _____
<u>FAX 0776-98-2793</u>		医師氏名 _____
		TEL _____
		FAX _____

フリガナ		性別	明・大・昭
患者氏名	様	男・女	年 月 日 (歳)
住所	〒 _____		
電話	TEL _____		

紹介目的	<input type="checkbox"/> 鑑別診断・精査 <input type="checkbox"/> 説明・疾患教育 <input type="checkbox"/> 抗認知症薬の調整 <input type="checkbox"/> BPSD治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬の調整 <input type="checkbox"/> 運転免許証に係る診断 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
今 後	<input type="checkbox"/> 自院で経過観察 <input type="checkbox"/> すこやかシルバー病院に一任 <input type="checkbox"/> 定期的にすこやかシルバー病院で経過観察(併診) ※診断や本人・家族の要望により希望に添えない場合もあります。

診察日調整方法	<input type="checkbox"/> 自院へTEL <input type="checkbox"/> 自院へFAX <input type="checkbox"/> 本人家族と直接やりとり (TEL _____)
---------	---

診断名・経過・検査結果・アレルギー等	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書のとおり
--------------------	--

現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書のとおり
-------	--

現在の状況	在宅(自宅) / 入院中 / 施設入所中(施設名 _____)
-------	----------------------------------