

大江整形外科 入院依頼用紙

TEL : 0985-25-6300

FAX : 0985-24-5616

記載日 R 年 月 日

紹介元医療機関名		
担当者名	職種	Dr.・Ns・MSW
電話 () -	FAX () -	
mail		
ご希望の連絡手段 電話・FAX・mail		FAXまたはmailでの返信をご希望の場合は 上記に連絡先を記入してください
患者情報		
患者氏名 または イニシャル	性別 男・女	年齢
病名		
受傷日または手術日 R 年 月 日		
現在のADL ストレチャー・車いす・歩行器・松葉杖・T字杖・独歩		
既往歴		
内服薬 有・無	認知症 有・無	
介護認定の有無 無	要支援 1・2	要介護 1・2・3
コロナワクチン接種	接種回数 無・1回・2回・3回	
転院希望日 月 日 ~	月 日	
その他		

【このフォームを使用した場合の流れ】

- ①この用紙に記入後FAXをお願いします。
 - ②職員が内容を確認後、ご連絡を差し上げます。ご希望の連絡手段を申し付け下さい。
- ※電話での入院予約も受け付けております。