**医療紹介フォーム **

|  |
| --- |
| **記入済み紹介リクエスト フォームの返送先** |
| **宛先** |  | **Fax** |  |
| **電話番号** |  | **メール アドレス** |  |
| **フォーム記入者** |  | **電話番号** |  | **日付** |  |

|  |
| --- |
| **紹介元** |
| **紹介 MD** |  | **電話番号** |  |
| **専門** |  | **Fax** |  |
| **MD 署名** |  | **メール アドレス** |  |
| **PCP** 異なる場合 |  | **PCP 電話** |  |

|  |
| --- |
| **患者情報** |
| **姓** |  | **名と MI** |  |
| **生年月日** |  | **女性 / 男性** |  |
| **通訳が必要ですか?** |  | **必要な言語** |  |
| **保護者名** |  | **保護者関係** |  |
| **患者の住所** |  | **携帯番号** |  |
|  | **自宅電話** |  |
|  | **勤務先電話番号** |  |
|  | **メール アドレス** |  |
| **紹介診断** |  | **ICD-9** |  |

|  |
| --- |
| **要求されたサービス** |
| **紹介の理由** |  |
| **患者は紹介の理由を知っていますか? 知らない場合は、説明してください。**  |  |
| **要求されたサービス/専門** |  | **要求された医師** |  |
| **要求されたサービスの種類** |  | **相談** |  | **ケアの移管**新しい患者の評価/管理 |
| **その他のコメント** |  |

|  |
| --- |
| **保険情報** |
| **認証が必要ですか?** |   | **はい** |  | **いいえ** | **認証番号** |  | **受診回数** |  | **認証有効日付** |  |
|  | **PPO** |  | **HMO** |  | **その他** | **保険プラン** |  |
| **保険 ID** |  | **メディカル グループ** |  | **電話番号** |  |
| **保険者の氏名** |  | **患者との関係** |  | **DOB** |  |

|  |
| --- |
| **– 免責条項 –**Smartsheet がこの Web サイトに掲載している記事、テンプレート、または情報などは、あくまで参考としてご利用ください。Smartsheet は、情報の最新性および正確性の確保に努めますが、本 Web サイトまたは本 Web サイトに含まれる情報、記事、テンプレート、あるいは関連グラフィックに関する完全性、正確性、信頼性、適合性、または利用可能性について、明示または黙示のいかなる表明または保証も行いません。かかる情報に依拠して生じたいかなる結果についても Smartsheet は一切責任を負いませんので、各自の責任と判断のもとにご利用ください。 |