様式 ５（医療機関以外の機関用）

紹介経緯等連絡票

　　　平成　　 年　 　月 　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ患者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平年 月 |  | 日生 |
| 住 所 |  |  | ＴＥＬ | 　　－ |  | － |
| 診断名・障害名（おわかりになる場合） |  |  |  |  |
| 今までの経緯 |  |  |  |  |
| 紹介目的とそれについての意見 |  |  |  |  |
| 紹介機関名 |  | ＴＥＬ 　－ |  | － |
| 所在地 〒　担当者名　　　　　　 |  | （ |  | 課・係） |

＊以下の項目はおわかりになる範囲でご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身 障 手 帳 | 有 （ 級 ） | 無 |  |
| 療 育 手 帳 | 有 （Ａ－１ Ａ－２ Ｂ－１ Ｂ－２） | 無 |  |
| 身体障害医療福祉ｾﾝﾀｰ受診歴 | 有（患者番号 | ） | 無 |
| 栃木県立ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ受診歴 | 有（患者番号 | ） | 無 |

〈送付先〉〒320-8503 栃木県宇都宮市駒生町3337-1 栃木県立リハビリテーションセンター

地域医療連携室　初診予約担当宛て（TEL028-623-7051）