様式 ５（医療機関以外の機関用）

紹介経緯等連絡票

　　　令和　　 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

医事課　初診予約担当宛て（TEL028-623-7254）