

入院患者連絡票

平成 年 月 日

豊川市民病院 医事課 行
〔FAX 送信先 (0533) 86-1701〕

医療機関名

部署名

担当者名

TEL () -

FAX () -

現在、当院入院中の患者が外来受診に参りますので連絡いたします。

【入院患者情報】 (豊川市民病院患者番号：)

フリガナ				生年月日	明・大・昭・平
患者氏名				年	月 日
受診(予約)日	平成	年	月 日	受診科	科
入院病棟の算定区分	出来高病棟 ・ 包括病棟 ・ DPC 算定病棟				
算定入院料 ※出来高病棟・包括病棟のみ記入	入院料名称： 入院診療科： 科				
受診理由 ※出来高病棟・包括病棟のみ記入	<input type="checkbox"/> 専門的な診療が必要なため <input type="checkbox"/> その他 () ※その他の理由の場合、内容により保険適用ができません。				
精算方法	<input type="checkbox"/> 保険適用して患者請求 <input type="checkbox"/> 医療機関同士による合議精算 (入院医療機関へ自費請求) <input type="checkbox"/> その他 ()				
受診時の投薬の取扱い ※包括病棟のみ記入	<input type="checkbox"/> 受診日当日分(1日分)のみ処方し、翌日以降分については投薬内容を示した診療情報提供書で対応。 ※点眼薬や軟膏等1日分処方が難しい薬剤を扱う診療科の場合は、外来での処置薬に使用するか、処方せず診療情報提供書対応とします。 <input type="checkbox"/> 必要日数分を処方し、処方料及び受診日翌日以降分の薬剤料を入院医療機関へ自費請求。 <input type="checkbox"/> 処方せず、投薬内容を示した診療情報提供書で対応。				
備考欄 ※特記事項があれば記入					

※入院医療機関へ自費請求する場合は、受診月の翌月上旬に請求書と自費レセプトを送付します。