**入院患者連絡票**

2019/5/1改訂版

令和　　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・令  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 患者氏名 |  |
| 受診（予約）日 | 令和　　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** | □専門的な診療が必要なため  □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 | □保険適用して患者請求  □医療機関同士による合議精算（入院医療機関へ自費請求）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 受診時の投薬の取扱い  **※包括病棟のみ記入** | □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。**  □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。  □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。**