[](https://jp.smartsheet.com/try-it?trp=77249&utm_language=JA&utm_source=integrated+content&utm_campaign=/medical-forms-templates&utm_medium=ic+medical+referral+form+template+77249+word+jp&lpa=ic+medical+referral+form+template+77249+word+jp&lx=VP_CyadgTnJOljvhy0tIYgBAgeTPLDIL8TQRu558b7w)**医療紹介フォームテンプレート**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 完了した紹介リクエストフォームを戻す | |  | 参照先 |  | |  | 医療紹介フォーム | |
| **気を付け** |  |  | **参照元の MD** | |  |  | **ロゴ** | |
| **電話** |  |  | **名物** | |  |  |
| **ファクシミリ** |  |  | **署名** | |  |  |
| **電子メール** |  |  | **電話** | |  |  |
| フォームの入力方法 | |  | **ファクシミリ** | |  |  |
| **名前** |  |  | **電子メール** | |  |  |
| **電話** |  |  | **PCP** (異なる場合) | |  |  |
| **日付** |  |  | **PCP 電話** | |  |  |
| 患者情報 | |  | サービスが要求されました | | |  | 保険情報 | |
| **名字** |  |  | **紹介の理由** | |  |  | **承認が必要ですか?** | はい |
| **ファーストネーム** & **M.I.** |  |  |  | いいえ |
| **生年月日** |  |  |  | **いいえ、** |  |
| **女性 / 男性** |  |  |  | **いいえ。訪問の** |  |
| **通訳REQ.?** |  |  |  | **認証. EXP. 日付** |  |
| **言語 REQ.** |  |  |  | PPO | **保険プラン** |
| **保護者名** |  |  |  | HMO |  |
| *パットとの関係。* |  |  |  | 他 |
| **患者住所** |  |  | **患者は** 紹介の理由を認識していますか? もしそうでなければ、説明してください。 | |  |  | **保険証** |  |
|  |  | **メディカルグループ** |  |
|  |  | **電話** |  |
| **携帯** |  |  | **サービス/専門の要求** | |  |  | **ファクシミリ** |  |
| **自宅の電話** |  |  |  | **INS. ホルダー名** |  |
| **勤務中の電話** |  |  | **医師の要請** | |  |  | *パットとの関係。* |  |
| **電子メール** |  |  |  | **生年月日** |  |
| 紹介診断 | |  | 要求されたサービスの種類 | | |  | 追加のコメント | |
| **紹介診断** |  |  |  | | **相談** |  |  | |
|  |  | | **ケア** の新しい患者評価/管理の移転 |  |
|  |  |
| **ICD-9** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **免責事項**  Web サイト上で Smartsheet から提供される記事、テンプレート、または情報は参照用です。情報を最新かつ正確に保つよう努めていますが、当サイトまたはウェブサイトに含まれる情報、記事、テンプレート、関連するグラフィックスに関する完全性、正確性、信頼性、適合性、または可用性について、明示または黙示的ないかなる表明も保証も行いません。したがって、そのような情報に対する信頼は、お客様の責任で厳重に行われます。 |