**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。 |