

摂食・嚥下外来FAX予約 申込書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 予約センター (FAX 045-853-8363)

紹介医療機関の名称

住所 〒(-)

電話番号

FAX 番号

紹介医師名

受診希望日

① 年 月 日 (曜日)

② 年 月 日 (曜日)

横浜医療センターの受診歴 ある ない

※ありましたら診察券の番号をご記入ください。(-)

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏名	(旧姓)	男・女	年 月 日

〒(-)

住所 電話番号 (-)

下記についてご確認をお願いします。

患者さんの居場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 病院
※施設の場合、下記についてもご記入ください。			
施設名		連絡先	
施設で提供できる食事形態	<input type="checkbox"/> 制限なし(どんな食事形態でも提供可能)		
	<input type="checkbox"/> 制限あり (提供できるものにチェックをお願いします。複数選択可)		
	主食	<input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ゼリー状ミキサー粥	
	副菜	<input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 1口サイズ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 副菜にとろみかけ	
その他	<input type="checkbox"/> 水分にトロミ付け <input type="checkbox"/> 水分をゼリーでとる <input type="checkbox"/> 補助食品の追加 <input type="checkbox"/> ゼリー追加		

※受診の際、「患者紹介状(診療情報提供書)」と「健康保険証」を必ずお持たせください。

17:00以降に送られたFAXについては、翌日返信いたします。(予約センター9:00~17:00受付)