

別紙 1

国立国際医療センター

総合診療科 移行支援外来 FAX 予約申込書

* 医療機関より診療情報提供書と共に FAX してください。

FAX 番号：03-3202-1003（地域医療連携室直通）

受診者情報				
フリガナ				男
受診者氏名				女
生年月日	年 月 日（ 歳）			
現住所	都道府県 区市郡			
電話番号	①	②	③	
当院受診歴	☐ なし ☐ あり（診察券番号： ）			
事前確認	初診後に紹介元と当院とで合同カンファレンス（オンライン）を行います。ご紹介いただくご本人に、病院間での情報共有についてご同意をいただいていますか？ <u>事前にご同意をいただくよう</u> をお願い申し上げます。			
	☐ 同意あり			
	当科のポリシー※を周囲と本人及び保護者と共有されていますか？ ☐ はい（本人 ・ 保護者） ☐ いいえ（下記参照いただき、共有をお願いいたします） ※「 NCGM 移行支援外来におけるトランジションの指針（ポリシー） 」は移行支援外来ホームページに掲載されています。特別な理由がない限り、 <u>事前にご本人及び保護者と共有いただきますようお願い</u> いたします。			
現在、定期通院している診療科	下記のうちご本人に渡されているものを選択してください。			
	☐ 治療サマリー* ☐ ケアプラン* ☐ フォローアップ手帳			
	* 治療サマリー及びケアプランを渡されている場合は診療情報提供書と共にFAXをお願いいたします。			

