

紹介連絡・予約申込

(申込年月日：平成 年 月 日 午前・午後 時 分)

患者さん同意のもと、この紹介連絡・予約申込票を送ります。予約 お願い致します。

関中央病院		依頼元医療機関名										医師名											
		電話										FAX											
市町村番号												保険者番号											
受給者番号												記号・番号											
公費負担者番号												資格取得日		昭和・平成		年		月		日			
公費受給者番号												有効期限		平成		年		月		日			
フリガナ												事業所											
氏名										男・女		保険者・市町村 国保組合所在地		電話									
生年月日		明・大・昭・平		年		月		日		公費負担者番号													
住所		〒 電話										公費受給者番号											
												乳・重・母・重老											
		被保険者・世帯主氏名										有効期限		平成		年		月		日			
被保険者・世帯主との続柄				職業								受診者の負担率		窓口 割 本人・家族・その他()									

依頼診療科

依頼医師

診断名又は症状： _____

予約事項：検査 (読影あり：なし) 診察 入院 (開放病棟) その他 _____

希望年月日 希望なし 第1希望 年 月 日 午前・午後、第2希望 年 月 日 午前・午後

その他 _____

受診歴 あり 診療料： _____ 年 _____ 月頃 カルテ No. _____

なし 不明

検査 依頼検査項目 (方法：部位) (造影法)

CT (:) (造影あり： _____ ・なし)

MRI (:) (造影あり： _____ ・なし)

超音波検査 (:) (造影あり： _____ ・なし)

胃透視 注腸

胃カメラ 大腸ファイバー 抗凝固剤使用ありなし

HBs抗原施行 (+・-) 未施行、 HCV抗体施行 (+・-) 未施行

薬剤アレルギーありなし 腎機能障害ありなし 喘息ありなし

その他 _____

診療：入院 (依頼事項)

返信・予約控

先生御机下

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 様 予約日 年 月 日 () 午前・午後 時 分

当日は、 時 分までに地域連携室へ、本状、診療情報提供書、保険証、医療費受給者証等を持ってお越しください。以前当院で受診されたことがある方は当院の診察券もお持ちください。

その他の指示 (_____)

関中央病院

科 担当医 _____

電話 0575-25-6215

FAX 0575-25-6216

Mail address _____