

紹介患者受診依頼票

地域医療連携室 FAX 0533-73-2503

TEL 0533-73-2502

(紹介先)

平成 年 月 日

総合青山病院

受診される科 _____ 科

医師名 _____

医師は病院の診療体制に委ねる

受診希望日

平成 年 月 日(曜日)

AM・PM 時 分

診療日は病院の診療体制に委ねる

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話番号 () - _____

FAX No. () - _____

フリガナ				男・女	現住所	市 町 郡区 村	番地
氏名							
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日(歳)	電話番号	() -	
総合青山病院受診歴	有・無	年	月頃	科	診察券番号		
検査項目	予約希望日時	年	月	日()	AM・PM	時	分
	<input type="checkbox"/> CT (読影 要・否) <input type="checkbox"/> MRI (読影 要・否) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (心以外) <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 上部消化管造影 (読影 要・否) <input type="checkbox"/> 大腸造影 (読影 要・否) <input type="checkbox"/> 胃ファイバー <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー <input type="checkbox"/> 気管支ファイバー <input type="checkbox"/>						

※保険証・各医療券等のコピーと共にファックスして下さい。無い場合には下記に記入して下さい。

保険証	保険者番号							被保険者名						
	記号・番号							被保険者との続柄	本人・家族					
公費負担者番号							公費種類	後期高齢者	特定疾患	乳児医療	障害者医療	母子医療	生活保護	
受給者番号														

紹介目的 依頼目的等：	救急車の使用 有・無 患者持参 有・無		
フィルム	有 (患者持参・別途送付) ・ 無	検査結果	有 (患者持参・別途送付) ・ 無

※FAXは、来院日の前日午後5時30分(木・土曜日は午前11時30分)までにお送り下さい。