

紹介連絡・予約申込

(申込年月日: 令和 年 月 日 午前・午後 時 分)

患者さん同意のもと、この連絡・予約申込票を送ります。予約 お願いいたします。

依頼先	土岐市立総合病院 FAX : 0572-54-7512		依頼元	病院・医院 医師名 : _____ 先生			
			電話	FAX			
フリガナ		男	旧 姓	保険者番号			
氏 名		女		記号・番号			
				資格取得日	昭和・平成	年 月 日	
生年月日	明・大 昭・平・令	年	月	日 (歳)	有効期限	平成	年 月 日
					公費負担者番号		
被保険者・ 世帯主氏名		被保険者・ 世帯主との 続柄		公費受給者番号			
				乳・重・母・重老			
電話番号	— —		受診者の負担率	窓口 割			
住 所	〒 — —						
当院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (当院診察券 I D _____ ・ 診療科 _____)							
依頼診療科 (該当する診療科に○をつけてください。) 糖尿病・内分泌内科 ・ 血液内科 ・ 呼吸器内科 ・ 消化器内科 ・ 循環器内科 ・ リウマチ・アレルギー科 神経内科 ・ 腎臓内科 ・ 整形外科 ・ 外科 ・ 心臓血管外科 ・ 小児科 ・ 耳鼻咽喉科 脳神経外科 ・ 泌尿器科 ・ 眼科 ・ 産婦人科 ・ 歯科 ・ 精神科 ・ 皮膚科 ・ 放射線科 依頼医師名 _____							
診断名又は症状 : _____ (予約日前に診療情報提供書を F A X していただきますようお願いいたします。)							
依頼事項 : <input type="checkbox"/> 検査 (読影 <input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 その他 _____ 希望年月日 <input type="checkbox"/> 希望なし 第1希望 年 月 日 第2希望 年 月 日 <input type="checkbox"/> 早急(病状による) 特記事項 _____							
<input type="checkbox"/> 検査 依頼検査項目 (方法: 部位) (造影法) <input type="checkbox"/> C T (;) (造影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> M R I (;) (造影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (;) (造影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 胃カメラ 抗凝固剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし H B s 抗原 <input type="checkbox"/> 施行 (+ ・ -) <input type="checkbox"/> 未施行、 H C V 抗体 <input type="checkbox"/> 施行 (+ ・ -) <input type="checkbox"/> 未施行 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 腎機能障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 喘息 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 _____							