

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)

令和 年 月 日

総合青山病院 宛て

受診される科 _____ 科

医師名 _____ (紹介元)

医師は病院の診療体制に委ねる

医療機関名

受診希望日

令和 年 月 日 (曜日)

医師名

診療日は病院の診療体制に委ねる

電話番号 _____

ご都合悪い日 [_____]

FAXNo. _____

本日受診の場合は、まずお電話、FAX等で、当院にご確認下さい。

フリガナ				男・女	現住所			
氏名								
生年月日	明・大・昭・平・令	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	<input type="checkbox"/> CT (部位)	<input type="checkbox"/> MRI (部位)			<input type="checkbox"/> 超音波検査			
	<input type="checkbox"/> 胃ファイバー	<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー			<input type="checkbox"/> 大腸コロノグラフィ			
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 造設・交換	<input type="checkbox"/> 嚥下機能評価						
<small>※検査項目によっては、まずは診察を受けていただき、後日、検査となる場合があります。 CT、MRIの撮影のみ(読影なし)のご依頼は、当院との契約が必要となります。</small>								

※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										被保険者氏名						
	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	高齢者	後期	障害者	指定難病	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

処方・内服内容 ※すべての内服内容を記載いただくか、お薬手帳のコピーを添付して下さい。