

紹 介 患 者 受 診 申 込 書

医療機関名
 医師氏名
 電話番号
 FAX番号

平成 年 月 日

診 療 科		科	希望医師	医師
希望年月日	平成	年	月	日
			午前 ・ 午後	時頃
予 約 内 容	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 検査			

紹介目的

※ 検査予約の場合、○をしてください。

- 内視鏡検査 (胃 ・ 大腸 ・ 小腸(カプセル)※事前の内科診察要 ・ 十二指腸)
- 腹部エコー ・ 心エコー ・ 頸部エコー ・ その他()
- MRI ・ MRA ・ CT(単純 ・ 造影) ※造影の場合は、直近(月 日)の血中クレアチン値()
 (頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ その他())ペースメーカー(有 ・ 無)
- 核医学 部位() ・ 胃透視 ・ 注腸透視

● 患者様情報

ふりがな				
氏 名			旧姓()	
生年月日	M ・ T ・ S ・ H	年	月	日
			性 別	男 ・ 女
住 所	〒			
電 話 番 号	() -			
ADL(移動)	独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	貴院へ・・・入院中 ・ 通院中	当院受診歴 有 ・ 無	

○ 被保険者証

保険者番号	
記号 ・ 番号	
続 柄	本人 ・ 家族

○ 後期高齢者医療被保険者証

保 険 者 番 号	
被 保 険 者 番 号	
割 数	1割 ・ 3割

○ 公費負担医療受給者証

負 担 者 番 号	
受 給 者 番 号	

○ 高 齢

割 数	1割 ・ 3割
----------------------	---------

※ 紹介医の皆様へ

- ・ 受付時間は平日午前8時30分～午後7時で、午後7時以降のFAXは翌日受付になります。
- ・ 当日の予約はおとりできませんので、前日の午後7時までにFAXをお送りください。
- ・ 患者さんのご来院時に、紹介状・保険証・予約票を持参くださるようにお伝えください。
- ・ 予約内容によって、お返事に時間のかかることがありますので、ご了承ください。