

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。

公立学校共済組合 東海中央病院				依頼元				医師							
				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							
生 年 月 日	明・大・昭・平	年	月	日				電話							
住 所	〒 電話							公費負担者番号							
								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						受給者の負担率		窓口 割 本人・家族・その他()				

依頼診療科

依頼医師名

診 断 名 又 は 症 状 :

予約事項	<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 開放型病床利用希望	<input type="checkbox"/> その他
希望年月日	<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 第2希望日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
受診歴	<input type="checkbox"/> あり	診療科: _____ 年 _____ 月頃	カルテNo. _____
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	

検 査	依頼検査項目	(方法:部位)	(造影法)
<input type="checkbox"/> CT	(:)	(造影口あり:)	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> MRI	(:)	(造影口あり:)	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 胃カメラ			
HBs抗原	<input type="checkbox"/> 施行 (+ ・ -)	<input type="checkbox"/> 未施行	HCV抗原 <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	_____		

診察 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 _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 _____ 時 _____ 分

当日は、 _____ 時 _____ 分 までに 紹介患者さま受付 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 (保険証は、当日1階メディカルサポートセンター受付(紹介患者さま受付)にて確認させて頂きますのでご提示ください。)

東海中央病院

科

担当医

電話

058-382-2251

FAX

058-382-9853

Mail address