

紹介連絡・予約申込書

(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 電話				医師 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 診察 開放型病床利用希望 その他

希望年月日 希望なし 第1希望日 午前 午後 第2希望日 午前 午後
その他

受診歴 あり 診療科: _____ 年 _____ 月頃 カルテNo. _____
 なし 不明

依頼検査項目 方法 部位 (造影法)

CT (:) (造影あり: なし)

MRI (:) (造影あり: なし)

胃カメラ

HBs抗原 施行 (+ ・ -) 未施行 HCV抗原 施行 (+ ・ -) 未施行

薬剤アレルギー あり なし 腎機能障害 あり なし 喘息 あり なし

その他 _____

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 紹介患者さま窓口①番 へ、本状・診療情報提供書・保険証・医療費受給者証・

お薬・お薬の説明書・お薬手帳等を持ってお越しください。当院の診察券をお持ちの方はお持ちください。

その他の指示 (保険証は、当日1階紹介患者さま窓口①番にて確認させていただきますのでご提示ください。)

公立学校共済組合 東海中央病院

科

担当医

電話 058-382-2251

FAX 058-382-9853

Mail address