

紹介連絡・予約申込

(申込年月日:

年

月

日)

患者さん同意のもと、この紹介連絡・予約申込票をお送りします。予約 お願いします。

依頼先	県北西部地域医療センター国保白鳥病院 地域連携室宛 (Fax 0575-82-2708)		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・令和	年 月 日
フリガナ			事務所		
氏名			性別	男女	
生年月日	T S H R	年 月 日	保険者・市町村 国保組合所在地	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 名			有効期限	平成・令和	年 月 日
被保険者・世帯主との 続柄		職業	受診者負担率	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 検査 (読影 あり : なし) 診察 入院 その他

希望月日 希望あり 第1希望 月 日 午前 ・午後 、第2希望 月 日 午前 ・午後
 希望なし
 その他

受診歴 あり 診療科 年 月 頃 カルテNo. なし 不明

検査依頼項目 (方法: 部位) (造影法)

CT (:) (造影 あり : なし)

MRI (:) (造影 あり : なし)

超音波検査 (:) (造影 あり : なし)

胃透視 注腸

胃カメラ 大腸ファイバー 抗凝固剤使用 あり・なし

HBs抗原 施行(+・-) 未施行、HCV抗体 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

診察 入院 (依頼事項)

返信・予約控

先生御机下

年 月 日

患者氏名 様 予約日 月 日 () 午前・午後 時 分

当日は、時 分までに当院受付へ、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。以前当院で診察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 ()

県北西部地域医療センター国保白鳥病院 科 担当医

電話 0575-82-3131 FAX 0575-82-2708 Mail address