

FAX 番号 : 0573-75-5680

紹介連絡・予約申込書

(申込年月日: 平成 年 月 日)

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。

国民健康保険 坂下病院				依頼元 _____	病院・医院 : 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	
生年月日				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・重労	
被保険者・世帯主氏名				有効期限	平成 年 月 日
被保険者・世帯主の続柄	職業			受診者の負担率	窓口 割 本人・家族・その他()

依頼診療科 _____ 依頼医師名 _____

診断名または症状;

予約事項: 検査(読影 あり;なし) 診察 入院(開放病棟) その他 _____

希望年月日 希望なし 第1希望 年 月 日 午前 第2希望 年 月 日 午前 午後 午後

その他 _____

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

検査 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)
- 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 腎臓障害 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 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
患者様名 _____ 様 予約日 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分
当日は _____ 時 _____ 分までに _____ 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いください。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。