

★紹介・予約申込書(FAX送付用)★

申込日 平成 年 月 日

紹介元	医療機関名	TEL
	所在地	FAX
	診療科	担当医師

患者情報	フリガナ	性別	住所	〒
	氏名	男・女	電話番号	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	当院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

●保険者証・公費負担受給者証原本のコピーを送信お願い致します。コピーの送信ができない場合には、以下に記載してください。

保険情報	保険者番号	公費番号	<input type="checkbox"/> 生保
	記号		<input type="checkbox"/> 特疾
	番号	身障手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 小慢
	本人・家族 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 交通事故
	資格取得 昭・平 年 月 日		<input type="checkbox"/> 労災

*希望される診療科等1つに印をつけてください。

希望診療科	血液・腫瘍内科	感染症・膠原病内科	神経内科	消化器内科	内分泌・代謝内科	呼吸器内科	腎臓内科	循環器内科	消化器外科	乳腺・内分泌外科	心臓血管外科	呼吸器外科	泌尿器科	皮膚科	形成外科	整形外科・脊椎外科	眼科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	歯科口腔外科	産科婦人科	小児科	子どものこころ診療部	神経科精神科	脳脊髄神経外科	麻酔科蘇生科	放射線科	総合診療部・総合内科
	内科												外科														

医師指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 医師
医師への連絡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 医師へ連絡済み
返答待ち状況	<input type="checkbox"/> 患者さん待ってます(20分) <input type="checkbox"/> 本日でよい <input type="checkbox"/> 緊急につき即時対応(本院まで電話連絡してください)
受診希望日	<input type="checkbox"/> なし(いつでもよい) <input type="checkbox"/> あり 第1希望 年 月 日 () 第2希望 年 月 日 () <input type="checkbox"/> ご都合の悪い日
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 検査 ★放射線科への依頼の場合、閉所恐怖症などにて鎮静剤の投与が必要な方の検査はお受けできません。 <input type="checkbox"/> CT (ICD・ペースメーカーの装着 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有だが撮影に問題なし グルコースモニタシステムの装着 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) (植込み型心電データレコーダの装着 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(撮影によりデータ破損の可能性あり) (有の場合、検査不可) 造影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査医一任 <input type="checkbox"/> 冠動脈CT* <input type="checkbox"/> MRI* (造影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査医一任) <input type="checkbox"/> PET* <input type="checkbox"/> 脳血流(IMP)SPECT <input type="checkbox"/> その他() *チェック表もFAXしてください (CTは冠動脈CTのみ) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> (本院医師と)調整済 <input type="checkbox"/> (本院医師と)未調整 ※原則として本院担当医師の判断となります。
特記事項	★来院手段 <input type="checkbox"/> 救急車 → 救急部入り口よりお入りください。 ★要介助 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他() ★来院時の状況 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中



同時に

紹介状(診療情報提供書)をお願いいたします。(貴院様式可)

* 傷病名 * 紹介目的 * 既往歴及び家族歴 * 経過(症状、検査、治療等)

地域医療連携部

TEL: 0776-61-8451