

紹介連絡・予約申込

(申込年月日:令和 年 月 日 午前・午後 時 分)

患者さんの同意のもと、この紹介連絡・予約申込票を送ります。

依頼先	岐阜・西濃医療センター 揖斐厚生病院		依頼元	病院・医院・クリニック・診療所									
				医 師									
フリガナ			男・女	電話					FAX				
氏 名			保険者番号										
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	記号・番号										
住 所	〒 —		資格取得日	S・H・R	年 月 日	有効期限	H・R	年 月 日					
	事業所												
	事業所住所												
被保険者名	電話 ()		公費負担番号										
続 柄	本人 ・ 家族		公費受給者番号										
負 担 率	窓口 割		乳・重・母子・父子										
			有 効 期 限	H・R 年 月 日									

希望診療科	希望医師名		有・無	医師
診断名・ または症状				
希 望 日	☐ 希望なし ☐ 第1希望 年 月 日 ☐ 第2希望 年 月 日 ☐ その他 ()			
※午前中				
紹 介 目 的	☐ 診察 ☐ 入院 ☐ 検査 ☐ その他()			
依頼検査項目	☐ CT 部位 () ☐ MRI 部位 () ☐ 超音波検査 部位 () ☐ シンチグラム 部位 () ☐ 胃カメラ (経鼻・経口) (検査目的:) 鎮静剤使用の希望 (あり・なし・検討中) ワーファリン内服 (あり・なし) 生検・ピロリ感染診断を行った際の結果説明: ☐ 貴院 ☐ 当院外来 ☐ 大腸カメラ ☐ 心エコー ☐ 骨塩定量検査 ☐ 肺機能検査 ☐ 乳腺外来 ☐ 栄養サポート外来 ☐ 糖尿病・免疫内分泌外来 ☐ その他 ()			
そ の 他	----- -----			

岐阜・西濃医療センター 揖斐厚生病院

地域医療福祉連携センター

電話 0585-21-1159

FAX 0585-21-1117