

紹介連絡・予約申込票

(申込年月日:令和 年 月 日午前・午後 時 分)

| | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|
| 依頼先 岩砂病院・岩砂マタニティ | | | | 依頼元 病院・医院 | | | |
| 医師 先生 | | | | 医師名 先生 | | | |
| | | | | 電話 | | | |
| | | | | FAX | | | |
| 公費負担者番号 | | | | 保険者番号 | | | |
| 公費の受給者番号 | | | | 記号・番号 | | | |
| フリガナ | | | | 有効期限 令和 年 月 日 | | | |
| 氏名 | | | | 資格取得 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| | | | | 事業所 | | | |
| 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 | | | | 保険者・市町村 電話 | | | |
| 住所 | | | | 国保組合所在地 | | | |
| | | | | 下記の有効期限 令和 年 月 日 | | | |
| 被保険者・世帯主氏名 | | | | 乳・重・母子 | | | |
| 職業 | | | | 特定疾患 | | | |
| 世帯主・被保険者との続柄 | | | | | | | |
| 受診者の負担率 窓口 割 本人・家族・その他() | | | | | | | |

診断名または症状:

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 検査・診察希望日 月 日 午前・午後 | | <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 希望診療科 希望担当医師名 依頼事項 | |
| <input type="checkbox"/> 検査 (結果 <input type="checkbox"/> CD: <input type="checkbox"/> フィルム) ・CT 部位: 単純、造影 ・MRI 部位: 単純、造影 ・MRA部位: 単純、造影 ・胃カメラ(食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査・) ・超音波検査(部位:) ・その他〔 〕 | | | |

返信・予約控

先生 令和 年 月 日

患者の氏名 _____ 様 予約日 月 日() 午前・午後 時 分

当日は、 時 分までに内科受付へ、本状、診療情報提供書、保険証、医療受給者証等を持ってお越しください。以前当院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。

その他の指示〔 _____ 〕

医療法人社団友愛会 岩砂病院・岩砂マタニティ

TEL058-231-2221(医療連携相談部直通) FAX058-295-3022(医療連携相談部直通)