

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。

中濃厚生病院		依頼元医療機関名		医師名	
		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・令和	年	月 日
公費受給者番号		有効期限	令和	年	月 日
フリガナ		事業所			
氏名		男・女	保険者・市町村 国保組合所在地		電話
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	
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・世帯主氏名		有効期限	令和	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

診断名又は症状：

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・午後、第2希望 年 月 日 午前・午後
その他

受診歴 あり 診療料： 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 腎機能障害ありなし 喘息ありなし

その他

診療：入院（依頼事項）

返信・予約控

先生御机下

令和 年 月 日

患者氏名 様 予約日 月 日（ ） 午前・午後 時 分

当日は、時 分までに紹介専用受付へ、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下さい。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。

その他の指示（ ）

中濃厚生病院

科 担当医

電話0575-22-2662

FAX0575-24-4927

Mail address