

磐田市立総合病院外来受診・検査依頼申込書 (医療機関用)

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
紹介 患者名			保護者			性別	男・女
住所			自宅 ( ) -				
保険区分	国保・政管・組合・共済・労災・公災・自費・その他( )						
保険者番号			記号番号				
本人・家族の別	本人・家族		資格取得年月日	昭和・平成 年 月 日			
公費負担者番号			受給者番号				
受診・検査 予約日時	予約日時が未定の場合は、 を で囲んでください。 1						
	月 日 ( 曜日)		午前・午後		時 分		医師 2
	受診予約日時未定のため、患者から後日連絡						
受診科	受診を希望する科を で囲んでください。						
	・内科(一般)		・内科(腎臓)		・内科(血液)		・内科(内分泌代謝)
	呼吸器科	消化器科	循環器科	精神科	神経内科	小児科	
	外科	呼吸器外科	整形外科	形成外科	脳神経外科		
	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科		
	放射線科	麻酔科	リウマチ科	歯科口腔外科			
依頼検査名	検査名・部位に 印もしくは、必要検査名をお書きください。						
	CT・MRI (単純・造影)	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・胸椎・腰椎・四肢・その他( )					
	R I	( )センチ					
	一般X線撮影						
	超音波検査	腹部エコー・心エコー・血管エコー・頸部エコー・乳腺エコー					
	内視鏡検査	上部消化管					
	生理検査	脳波・呼吸機能検査・血管検査(ABI、分節圧、脈波)・神経伝導検査					
	栄養指導						

紹介元医療機関 (医療機関名 住所 電話 FAX)

- 診療のみ患者様個人からの申し込みを受けます。検査については医療機関で予約をしてください。
- 指定された医師が変更になる場合もありますのでご了承ください。

--

磐田市立総合病院 地域医療連携室

直通電話 0538-38-5545 FAX 0538-38-5549  
〒438-8550 磐田市大久保512番地3