

# 磐田市立総合病院 外来受診・検査依頼申込書 (医療機関用)

受診・検査 予約日時	① 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分				
	科 ※1			医師 ※2	
	② 受診予約日時未定のため、患者から後日連絡 ※3				
フリガナ	生年月日		明・大・昭・平 年 月 日		
紹介 患者名	様		男・女	自宅・携帯 ( ) -	
住所					

紹介元医療機関 (医療機関名 住所 電話 FAX)

--

※1 診療科名を記入してください。  
 ※2 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。  
 ※3 患者さんからの申し込みは、診療予約のみの受付です。検査の予約については、医療機関を通じて申し込みをしてください。

受診科	受診を希望する科を○で囲んでください。(※3上段の診療科記載欄に記入してください。)					
	内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	神経内科	血液内科
	腎臓内科	糖尿病・内分泌内科	リウマチ科	小児科	小児外科	外科
	呼吸器外科	消化器外科	血管外科	整形外科	形成外科	脳神経外科
	乳腺外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科
	麻酔科	精神科	緩和医療科	放射線診断科	歯科口腔外科	

放射線治療を希望する場合は、をご記入ください。(放射線治療科宛の紹介状も併せてお願いします。)

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・心臓・その他( )
	RI	( )シンチ
	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(PWV/ABI・TBI)・神経伝導検査
	栄養指導	

保険区分	自賠・労災・公災・通勤災害・自費・生保・その他( )				
保険者番号			記号番号		
本人・家族の別	本人・家族		一部負担金の割合	割	
公費負担者番号			受給者番号		

磐田市立総合病院 地域医療支援室  
 直通電話 0538-38-5545 FAX 0538-38-5549  
 〒438-8550 磐田市大久保512番地3