（様式4）

磐田市立総合病院　紹介患者外来受診・検査予約票　（患者さん用）

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・令　　年　　月　　日	
紹介患者名	様		男 ・ 女	自宅・携帯 （　　）　　ー
住　所				

★受診についての詳細は裏面をお読みください。

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〇で囲んでください。（※3上段の診療科記載欄に記入してください。）					
	呼吸器内科	消化器内科	肝臓内科	循環器内科	脳神経内科	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・部位に〇印もしくは、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・頚椎・胸椎・腰椎・四肢・心臓・その他（
	R I	（　　）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 ・ 頚部エコー ・ 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

（2枚複写）②
スキャニング不要
1811紹介患者受診検査予約票