

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・令	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。)					
	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	
<input type="checkbox"/> 放射線治療を希望する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> 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・頸椎・胸椎・腰椎・四肢・心臓・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(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