

## 磐田市立総合病院 外来受診・検査依頼申込書 (医療機関用)

予約時間の30分以上前に ①番(初診受付)にお越しください

予約日時	月 日 ( 曜日) 午前 ・ 午後 時 分					
	予約科	科			予約医師	医師
フリガナ						性別
紹介患者名						男性・女性
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 ( 歳)					
住所	〒( ) マンション・アパート名まで記入してください					
電話番号	( ) -			紹介元医療機関 (医療機関名 住所 電話 FAX)		
携帯電話	- - (本人・ )					
※なるべく携帯電話番号を記入して下さい。						
受診科	外来診療科一覧 (上記予約科に診療科を記入してください)					
	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	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	リハビリテーション科	
検査名	検査名・部位に○印もしくは、検査名を記入してください					
	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					
備考						
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)①

2603

2026.3 2×50×130