

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	
	<input type="checkbox"/> 受診予約日時が未定の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください (後日、患者さん自身で必ず電話予約してください) ※患者さんからの申し込みは診察予約のみです。 検査予約は医療機関を通して申し込んでください。					
フリガナ					性 別	
紹介患者名					男 性 ・ 女 性	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		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		
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

2109

2021.9 2×50×200