

紹介連絡・予約申込

至急・普通

申込年月日:平成 年 月 日 午前・午後 時 分

患者さん同意のもと、この連絡・予約申し込み票を送ります。予約お願いいたします。

依頼先	澤田病院		依頼元	病院・医院		: 医師	
			電話	FAX	Mail		
市町村番号					保険者番号		
受給者番号					記号・番号		
公費負担者番号					資格取得日	昭和・平成	年 月 日
公費受給者番号					有効期限	平成	年 月 日
フリガナ			男	事業所			
氏名			女	保険者・市町村			
				国保組合所在地 電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	公費負担者番号		
住所	〒		公費受給者番号				
	電話番号()		乳・重・母・重老				
			有効期限 平成 年 月 日				
被保険者・世帯主氏名			受給者の負担率		窓口 割		
被保険者・世帯主との続柄	本人・家族・その他()				本人・家族・その他()		
希望診療科				希望医師名			
診断名又は症状:							
予約事項: <input type="checkbox"/> 検査(読影 <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> なし) (MRI検査で読影ありの場合、数日間かかりますのでご了承下さい。)							
<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院(開放病棟) <u>その他</u>							
希望年月日: <input type="checkbox"/> 希望なし <u>第1希望</u> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後							
<u>第2希望</u> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後							
<input type="checkbox"/> 検査	依頼検査項目(方法・部位)(造影法)				<input type="checkbox"/> 診察: <input type="checkbox"/> 入院(依頼事項)		
	検査結果(<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム)						
<input type="checkbox"/> MRI	(:)	(造影あり <input type="checkbox"/> : _____)		なし <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> C T	(:)	(造影あり <input type="checkbox"/> : _____)		なし <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 胃カメラ	(食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査・)						
<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー	()						
<input type="checkbox"/> 超音波検査	(:)						
<input type="checkbox"/> その他	()						

返信・予約控

先生御机下 平成 年 月 日

患者氏名 _____ 様 予約日 月 日 () 午前・午後 時 分

当日は、 時 分までに _____ へ、本状、診療情報提供書、保険証、医療費受給者証等を持っておいでください。以前当院で受診されたことのある方は、当院の診察券もお持ち下さい。

その他の指示 (_____)

澤田病院 _____ 科 担当医 _____

地域医療連携室 TEL(058)247-3375 FAX(058)247-3376
 ※担当医が変更になる場合もありますのでご承知おき願います。