

歯科口腔外科 検査受診依頼票

FAX

患者ID			平成 年 月 日	
検査希望日時	第一希望	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分		
	第二希望	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分		
フリガナ			生 年 月 日	
氏名 (旧姓) ()	明・大 昭・平		年 月 日 生	男・女
住所			電話 () -	
保険者番号			公費負担者番号	
記号 番号			受給者番号	
被保険者氏名	本人・家族	公費種別	前期 後期	特疾 こども 障害者 母子 その他 前期高齢受給者の負担割合 割
病名				
検査目的				
当てはまる項目を □チェックし()に必要事項を記入して下さい	当院受診歴	□ 無 □ 有 □ 不明		
	□ CT	□ 単純 □ 造影		
		□ インプラント (保険適用外) □ その他 (
	□ 胸部X-P	□ 正面 □ 側 (R-L) □ 側 (L-R)		
	□ 心電図			
	□ 肺機能検査			
	血液検査	□ 血算		
		□ 凝固3項目 (PT・APTT・FIB)		
		□ 生化一般 [TP・ALB・GOT(AST)・GPT(ALT)・ALP・LDH・γ GTP・Na・K・Cl・Ca・BUN・UA・TCH・GLU]		
		□ 感染症 (HBs抗原精密・HCV抗体・RPR・TPHA)		
□ 血糖				
	□ HbA1c			
	□ その他 []			
□ その他				

* 検査受診依頼票をFAXして頂きますと、折り返し当院から検査予約票をFAX致します。(患者さんにお渡し下さい)

* 検査当日は検査受診依頼票と検査予約票を必ずご持参下さい

紹介医療機関	
医師名	
TEL	
FAX	

蒲郡市民病院 地域医療連携室

TEL 0533-66-2307

FAX 0533-66-2308