

# 紹介患者依頼票

(様式1)

平成 年 月 日

(紹介先)

(紹介元)

医療機関名

蒲郡市民病院 \_\_\_\_\_ 科

担当医  担当医 \_\_\_\_\_ 先生 希望  
 担当医は病院の診療体制にゆだねる

医師名

診療希望日  年 月 日 希望  
 診療日は病院の診療体制にゆだねる

電話番号

FAX番号

**至急**\*○で囲む 救急車  使用する  使用しない

紹介目的  診察  入院  問い合わせ  その他( )  
 検査 \*以下、詳細は病診連携室 (0533-66-2307) にご確認ください。

<input type="checkbox"/> CT (読影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	<input type="checkbox"/> MRI (読影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
<input type="checkbox"/> その他( )	
★部位記入欄【 _____ 】	

受診歴  無  有 (受診科: \_\_\_\_\_ , 年 月頃, ID番号(診察券番号): \_\_\_\_\_ )  不明

フリガナ		男	現住所	
氏名 (旧姓)	( _____ )	女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	電話番号		
保険者番号	_____	公費負担者番号	_____	
記号	_____	受給者番号	_____	
番号	_____	公費種別	前期 特疾 子ども 障害者 母子 その他	
被保険者氏名	本人・家族		後期・前期高齢受給者の負担割合	割

## 診療情報提供書(依頼事項等)

主訴又は診断:  
依頼目的等:

入院の場合には

開放病床  一般病床

現在の処方:

薬剤アレルギー: 無・有( \_\_\_\_\_ ) 妊娠: 無・有( \_\_\_\_\_ )

別紙: 無・有(追加文書 \_\_\_\_\_ 枚)(患者持参・別途送付)

検査結果: 無・有(患者持参・別途送付)

フィルム: \_\_\_\_\_ 枚, CD: \_\_\_\_\_ 枚, DVD: \_\_\_\_\_ 枚, その他: \_\_\_\_\_ 枚 (患者持参・別途送付)

蒲郡市民病院病診連携室 (TEL:0533-66-2307 FAX:0533-66-2308)

診療情報提供書(依頼事項等) 続紙

主訴又は診断:  
依頼目的等:

(患者氏名 \_\_\_\_\_)