

(様式6)

### 歯科口腔外科 検査受診依頼票

FAX

患者ID			令和 年 月 日	
検査希望日時	第一希望	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分		
	第二希望	令和 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 令		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 前期 高齢受給者の負担割合
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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		
	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影		
		<input type="checkbox"/> インプラント (保険適用外) <input type="checkbox"/> その他 (		
	<input type="checkbox"/> 胸部X-P	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側 (R-L) <input type="checkbox"/> 側 (L-R)		
	<input type="checkbox"/> 心電図			
	<input type="checkbox"/> 肺機能検査			
	血液検査	<input type="checkbox"/> 血算		
		<input type="checkbox"/> 凝固3項目 ( PT・APTT・FIB )		
		<input type="checkbox"/> 生化一般 [ TP・ALB・GOT(AST)・GPT(ALT)・ALP・LDH・γ GTP・Na・K・Cl・Ca・BUN・UA・TCH・GLU ]		
		<input type="checkbox"/> 感染症 ( HBs抗原精密・HCV抗体・RPR・TPHA )		
<input type="checkbox"/> 血糖				
<input type="checkbox"/> HbA1c				
<input type="checkbox"/> その他	[ ]			
<input type="checkbox"/> 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 患者支援センター

TEL 0533-66-2307  
FAX 0533-66-2308