

# 紹介患者依頼票

(様式1)

令和 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

電話番号

診療日は病院の診療体制にゆだねる

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  その他

胃カメラ検査(鎮静剤あり なし 抗凝固薬服用中 なし 経口 経鼻)

※検査のみ(事前受診なし)を希望の場合 検査希望日 年 月 日

検査 \*以下、詳細は患者支援センター (0533-66-2307) にご確認ください。

CT(読影 あり なし)

MRI(読影 あり なし)

その他(

) ※ ペースメーカーの装着  あり  なし

インスリンポンプ、持続グルコース測定器  あり  なし

部位記入欄【

】 その他体内金属( )  あり  なし

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    | 〒   |
| 氏名<br>(旧姓) | ( )                     | 女    | 現住所 |
| 生年月日       | 明・大・昭・平・令<br>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:

既往歴:

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)

蒲郡市民病院患者支援センター (TEL:0533-66-2307 FAX: 0533-66-2308)