

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) (☐説明あり)

☐ MRI(読影 ☐あり ☐なし)

☐ その他()

※ ペースメーカーの装着 ☐ あり ☐ なし

☐ 説明あり (アイソトープの場合)

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 (旧姓) | () | 女 | 現住所 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 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)