

紹介患者依頼票

(様式1)

(紹介先)

(紹介元)

令和 年 月 日

医療機関名

蒲都市民病院 _____ 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 | 現住所 | 〒 |
| 氏名 (旧姓) | () | | 女 | | |
| 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, C D: 枚, D V D: 枚, その他: 枚 (患者持参・別途送付)

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