

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

がまっと！カード登録 あり なし

紹介目的 診察 入院 その他

紹介元医療機関のカルテ番号

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)