

FAX予約申込書

年 月 日

(紹介先) 公立学校共済組合四国中央病院

科	医師	(紹介元)
		住 所
【地域医療連携室】		医療機関名
TEL (0896)58-2118		医師氏名 ㊞
FAX (0896)56-6081		TEL () -
		FAX () -

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名			年	月	日
			(歳)		
住 所	〒 -		TEL	-	-
			携帯	-	-
希望日時	第一希望	年 月 日 ()	午前・午後	時	分頃
	第二希望	年 月 日 ()	午前・午後	時	分頃
紹介目的	1. 受診依頼(外来受診・入院治療) 2. 検査依頼 3. 手術依頼 4. その他()				
主 症 状	隔離が必要とされる感染症の疑いの有無 (有 ・ 無 ・ 不明)				
連絡事項等					

※ 診療情報提供書のFAXも合わせてお願いいたします。

■ 依頼検査 (□依頼項目に ■ をつけてください。)

生理検査関係	<input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> 筋電図	<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査		
内 視 鏡 関 係	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査(要内科受診)			
画像診断関係	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影剤使用→(クレアチニン値 _____ mg/dℓ)			
C T	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> 整形領域(部位 _____)				
	<input type="checkbox"/> 冠動脈 (要内科受診)				
M R I	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 膝(右・左)	<input type="checkbox"/> その他(_____)	
シンチグラム	<input type="checkbox"/> 脳血流	<input type="checkbox"/> 負荷脳血流	<input type="checkbox"/> 心筋	<input type="checkbox"/> 負荷心筋	
	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> ガリウム	<input type="checkbox"/> その他(_____)		
そ の 他	<input type="checkbox"/> 胃透視	<input type="checkbox"/> 注腸透視	<input type="checkbox"/> 骨塩定量		

■ カルテ作成のため下記の記載をお願いいたします。(保険証の写し、又は貴院カルテの写し添付も可)

医療保険

保険者番号		資格取得	年 月 日		
記号・番号		枝番 ()	被保険者氏名	続柄	
事業所名称		負担割合	1割	2割	3割

公費負担医療受給者票

①	負担番号	受給者番号	有効期限	. .
②	負担番号	受給者番号	有効期限	. .

■ 折り返し、紹介患者予約通知書をFAXいたしますので、患者さんにお渡してください。

※ 平日8:30~16:30までの受信分については、当日中にご回答させていただきます。