

# 患者紹介(検査依頼)FAX申込書

平成 年 月 日

盛岡市立病院

地域医療連携室 宛

専用FAX **019-631-2102**

直通電話 019-631-2101

代表電話 019-635-0101

住所 〒020-0866 盛岡市本宮五丁目15番1号

紹介元

医療機関名

所在地

電話 ( )

F A X ( )

下記の患者様を紹介します。 \* 該当する  にチェックしてください。

フリガナ	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平
氏名	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳
住所	電話番号		( )

\* 診察希望診療科の  にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	希望医師名	
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科		<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 皮膚科(水曜日午前のみ)	<input type="checkbox"/> 神経精神科(下記参照※)	<input type="checkbox"/> 歯科				

担当医の診察日をご確認のうえ希望日をお書きください。

受診希望日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後	時 分
-------	----------	---	-----

電話予約	<input type="checkbox"/> 済 ( 医師へ連絡済 ) ・ <input type="checkbox"/> 未
------	--

傷病名	
-----	--

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 [ <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( ) ]
	<input type="checkbox"/> 検査依頼 [ <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> その他( ) ]
	ドクターコメント(検査目的・病歴など)
	検査部位[ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他( ) ]
	造影剤 ( <input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> CD-R希望 <input type="checkbox"/> 両方希望
	* MRI検査は、ペースメーカー装着患者様は実施できません。

逆紹介	精査・加療・検査後の逆紹介を[ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> その他( ) ]
-----	--

○ 下記の保険証の欄は、保険証のコピーまたは貴院カルテ表紙のコピーでもかまいません。

○ 主保険以外(老人・互助会・重・乳)などの受給者番号, 有効期限もご記入願います。

○ 交通事故などで受診の場合は、別途お知らせ願います。

保険者番号		退教互
記号		-
番号		年 月 日 ~
資格取得日	昭和・平成 年 月 日	
続柄	本人・家族	

その他公費番号		負担割合	割
受給者番号		年 月 日 ~	
乳・妊・重・母			
資格取得日・有効期限		~	

○ 救急・緊急入院が必要と思われる患者様をご紹介いただく場合は、

昼間の場合は当該診療科医師, 夜間の場合は当直医に直接ご連絡ください。(代表電話 019-635-0101)

○ 希望された医師以外の医師が診察する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

○ できる限り「診療情報提供書」を事前にFAXいただくとともに、受診当日に患者さんにご持参頂きますようお願いいたします。

※ 神経精神科の新患は、入院, 外来ともに紹介による完全予約制です。ご理解, ご協力のほどお願い申し上げます。