

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 FAX

紹介元

医療機関名

所在地

電話

下記の患者様を紹介します。

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日 歳
住所	電話番号	

* 診察希望診療科に○をつけてください

・ 糖尿病代謝内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 耳鼻いんこう科 ・ 眼科 ・ 精神科(下記参照※) ・ 神経内科 ・ 歯科 ・ 皮膚科(水曜日午前のみ) ・ 呼吸器内科 ・ 消化器内科	希望医師名
--	-------

担当医の診察日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 午前・午後 時 分
電話予約	済 (医師へ連絡済) ・ 未
傷病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 [精査・加療・入院・その他 ()] <input type="checkbox"/> 検査依頼 [CT検査・MRI検査・その他 ()] 検査目的・病歴など [] 検査部位 [(頭部・胸部・腹部・その他 ())] 造影剤 (必要・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はペースメーカー装着患者様では施行できません
逆紹介	精査・加療・検査後の逆紹介を [希望する 希望しない 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。
- 患者様にはできる限り貴院の「診療情報提供書」を受診日に持参させてください。
- ※ 精神科をご希望の際は、事前に電話にてご連絡ください。現在精神科の新患は、合併症を有する患者様の入院のみ受け入れております。ご理解ご協力のほどお願い申し上げます。