

# 紹介連絡・予約申込

(申込年月日：)

時間：

患者さん同意のもと、この連絡・予約申し込み票を送ります。予約 お願いいたします。

依頼先	美濃市立美濃病院										依頼元											科												
											電話：	- -										FAX：	- -											
市町村番号											保険者番号																							
受給者番号											記号・番号																							
公費負担者番号											資格取得日											年	月	日										
公費受給者番号											有効期限											年	月	日										
月額自己負担額	入院	円										通院	円																					
フリガナ											性	旧姓											事業所											
氏名																					保険者・市町村 国保組合所在地													
生年月日											年	月	日											電話										
住所	電話： - -																				公費負担者番号													
	〒 -																				公費受給者番号													
																					乳・重・母・重老													
被保険者・世帯主氏名																					有効期限											年	月	日
被保険者・世帯主との続柄											職業											受診者の負担率	窓口 割 本人											

依頼診療科 \_\_\_\_\_ 依頼医師名 \_\_\_\_\_

診断名又は症状； \_\_\_\_\_

予約事項  検査(読影  あり： なし)  診察  入院 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_

希望年月日  希望なし 第1希望 年 月 日 午前  ・午後  、第2希望 年 月 日 午前  ・午後

\_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>検査</b> 依頼項目 (部位：方法) (造影法) <input type="checkbox"/> CT (部位 ) (造影あり <input type="checkbox"/> ： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> MRI (部位 ) (造影あり <input type="checkbox"/> ： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 (食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査 ) <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡 ( ) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (頸部・腹部・心臓・ ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	依頼事項 _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	---

## 返信・予約控

\_\_\_\_\_ 先生御机下 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 予約日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

当日は、 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分までに 紹介受付窓口へ、診療情報提供書、健康保険証、医療受給者証等を持ってお越しください。なお、以前当院で受診されたことがある方は当院の診察券も合わせてお持ち下さい。

その他の指示 ( \_\_\_\_\_ )

美濃市立美濃病院 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_

地域支援室 TEL:0575-33-1221 FAX:0575-33-4724 \_\_\_\_\_