

紹介連絡・予約申込票

(申込年月日:令和 年 月 日午前・午後 時 分)

至急 通常	依頼先 岐阜市民病院 診療科 医師 先生		依頼元 医師名 電話 FAX	病院・医院 先生
	公費負担者番号		保険者番号	
公費の受給者番号		記号・番号		
フリガナ		旧姓	有効期限	平成・令和 年 月 日
氏名		男	資格取得	昭和・平成・令和 年 月 日
		女	事業所	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		保険者・市町村 国保組合所在地	電話
住所	〒 電話		下記の有効期限	平成・令和 年 月 日
	被保険者・ 世帯主氏名		乳・重・母子	
職 業	世帯主・被保険者との続柄		特定疾患 ()	
受診者の負担率				

当院受診歴 無 不明 有 → 診察券のID() 紹介医療機関 通院中 入院中

診断名または症状:

検査・診察希望日 月 日 午前・午後	B 診察	希望診療科 希望担当医師名
A 検査 依頼検査項目に○印を。部位・造影法の記入を。 ・CT 部位 MRI対応ペースメーカー(有・無)、植込み型除細動器(有・無) 単純、造影(ヨード・ガストログラフィン) ・MRI 部位 MRI対応ペースメーカー(有・無) 単純、造影 ・MRA部位 MRI対応ペースメーカー(有・無) 単純、造影 ・MRCP MRI対応ペースメーカー(有・無) ・胃カメラ(食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査・) ・超音波検査(部位: 肝臓、胆嚢) ・ラジオアイソトープ検査(ガリウム、骨、甲状腺、副腎、胆道、肝、肺) ・その他()	依頼事項	C 開放型病床への入院依頼 希望入院日 令和 年 月 日 希望診療科 希望担当医師名

返信・予約控

切り取り

先生 令和 年 月 日

患者の氏名 様 予約日 月 日() 午前・午後 時 分

※診察は遅延することもありますのでご了承下さい。

当日は、 時 分までに①紹介受付にお越し下さい。

持ち物: 〔他院で貰われているお薬の説明書やお薬手帳があればご持参下さい
予約控(本状)・問診票・診療情報提供書・保険証・医療費受給者証等・当院の診察券〕

受付終了後、

岐阜市民病院 科 担当医

上記予約に関するお問い合わせは、地域連携部まで。 電話:058-253-0890 FAX:058-255-0504