

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 病院・医院 医師名 先生 電話 FAX						
	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							
氏名							有効期限 平成・令和 年 月 日							
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)							資格取得 昭和・平成・令和 年 月 日							
住所 〒 電話							事業所							
被保険者・世帯主氏名							保険者・市町村国保組合所在地 電話							
職業 世帯主・被保険者との続柄							下記の有効期限 平成・令和 年 月 日							
受診者の負担率							乳・重・母子							
							特定疾患 ()							

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

施設等の入所歴 ()

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
A 検査 依頼検査項目に○印を。部位・造影法の記入を。	希望担当医師名
<ul style="list-style-type: none"> CT 部位 MRI対応ペースメーカー(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、胆膵) ラジオアイソトープ検査(ガリウム、骨、甲状腺、副腎、胆道、肝) 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