

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	依頼先 岐阜市民病院 診療科 医師						依頼元 医師名 電話 FAX								
通常							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 男 女	有効期限		平成・令和 年 月 日					
氏名								資格取得		昭和・平成・令和 年 月 日					
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)						事業所		電話						
住所	〒 電話						保険者・市町村 国保組合所在地								
被保険者・ 世帯主氏名								下記の有効期限		平成・令和 年 月 日					
職業		世帯主・被保険者との続柄				乳・重・母子									
受診者の負担率						特定疾患 ()									
当院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 → 診察券のID()										紹介医療機関 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 今週～翌週までに受診希望		
A 検査 ※依頼の検査項目、部位、造影法、留置の有無に○または×記入ください			
•CT 部位[] •MRI 部位[] •MRA 部位[] •MRCP •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） •その他[]		•単純 •造影 <small>(ヨード・ ガストログラフィン)</small> •植込み型除細動器 [有・無] •ペースメーカー [有・無] •体内金属 [有・無] •持続グルコース測定器 [有・無]	
		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有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。			
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			
持ち物： 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