

紹介状 (診療情報提供書)

医院
病院

平成 年 月 日

科

先生御机下

医療機関名
所在地・電話番号
医師氏名

㊞

患者	氏名	様	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生	性別	男・女
	住所	TEL						職業	
主訴又は病名									
紹介の目的 (紹介後の方針に関する要望) 及び患者に対する留意事項									
既往歴・家族歴・薬剤アレルギーの有無									
現病歴									
現症・検査所見・治療経過・現在の処方									
備考									

遠州病院外来受診・入院・検査依頼申込書

						受診歴				
						あり	なし			
フリガナ						性別	来院予定日 予約時間		月 日 () 時 分	
氏名						男 女	保険者番号			
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (才)				記号・番号				
住所	〒					区 分	本人・家族	負担 () 割		
TEL	() -					公費医療 市町村 番号 受給者 番号				
携帯電話										
診療を希望する科を○で囲んでください。										
外 来 受 診	内 科	神 経 内 科	整 形 外 科	精 神 神 経 科						
	消 化 器 内 科	循 環 器 科	耳 鼻 科 咽 喉 科	放 射 線 科						
	呼 吸 器 内 科	産 婦 人 科	泌 尿 器 科							
	内 分 泌 内 科	脳 神 経 外 科	皮 膚 科							
	血 液 内 科	外 科	眼 科							
	腎 臓 内 科	小 児 科	形 成 外 科							
入院	病院担当医				入院日・時間					
下記検査名・部位に○印もしくは必要検査名をお書き下さい。										
依 頼 検 査 名	MRI	頭部・頸部・脊髄(頸・胸・腰)・胸部・腹部・骨盤・四肢・他()								
	核医学	_____シンチ・_____シンチ・他()								
	CT(単純、造影)	頭部・眼窩・胸部・腹部・骨盤腔・他()								
	造影撮影	注腸・腎盂造影・血管造影・他()								
	超音波	腹部エコー・心エコー・頸部エコー・脳波・他()								
	内視鏡	食道・胃十二指腸・大腸								
<p>連絡事項</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p>										

事前受付をされる場合、上記にご記入のうえ、紹介状と共にFAX (0120-928-902) にお送りください。

JA静岡厚生連 遠州病院 受付日 年 月 日

(様式6)

紹介患者予約券

氏名 _____

紹介医療機関 _____

科

()月 ()日 ()曜日

(時 分) に来院して下さい。

発行日 月 日

予 約 検 査 名

- ① MRI ② RI ③ CT
④ 造影撮影 ⑤ 超音波 ⑥ 内視鏡
⑦ その他

注意事項他

◎下記検査を受けられる方は、飲食（薬、お茶、パン、ご飯）をさけてください。

胃，十二指腸造影(バリウム)，注腸造影(バリウム)
上部内視鏡(胃カメラ)，腹部CT

☆病院にお見えになりましたら、新患受付に予約券をお出し下さい。

★診療・検査時間は多少遅れることがありますので、ご了承下さい。

☆来院日に来られない時・変更の時は、早めにご連絡下さい。

★保険証をお持ち下さい。

JA静岡厚生連 遠州病院

病診連携室 TEL 0120-928-901 (専用)
FAX 0120-928-902