

遠州病院 外来受診 および 検査申込書

JA静岡厚生連 遠州病院 病診連携室
FAX 053-401-0079

フリガナ			性別	来院予定日 予約時間	月 日 () 時 分	
氏名	(旧姓:)		男・女	保険者番号		
生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)		記号・番号		
住所	〒			区分	本人・家族	負担()割
TEL	() - ()		公費 控除	乳幼児・重度医療・母子医療・生活保護・その他		
携帯電話	() - (本人・)			市町村 番号		
			受給者 番号			
外 来 受 診	予約済の診療科を○で囲んで下さい。					
	消化器内科	腎臓内科	整形外科	泌尿器科	精神神経科	
	脳神経内科	血液内科	スポーツ外来	産婦人科	もの忘れ外来	
	呼吸器内科	膠原病内科	形成外科	耳鼻咽喉科		
	循環器内科	小児科	レーザー外来	睡眠時無呼吸外来		
	内分泌内科	外科	脳神経外科	眼科		
	甲状腺外来	血管外科	皮膚科	リハビリテーション科	救急科	
検 査 名	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。					
	CT(単・造・単+造)	頭部・胸部・冠動脈(心臓)・腹部・骨盤・他()				
	MRI・MRA(単・造・単+造)	頭部・VSRAD・脊椎(頸・胸・腰)・腹部・骨盤・他()				
	造影撮影	ヒステロ				
	核医学(RI検査)	骨シンチ・他()				
	超音波	腹部エコー・心エコー・頸部エコー・脳波・他()				
	内視鏡	胃カメラ・他()				
その他	骨密度・MCV・SCV・他()					
事務連絡事項 ※ 上記にご記入の上、紹介状とあわせて 受診日の2日前までに FAXにてお送りください。						
紹介元医療機関名						

《 キリトリ線から下を患者さんにお渡し下さい 》

----- ✂ キリトリ線 -----

JA静岡厚生連 遠州病院

診 察 予 約 票

TEL 053-453-1111(代)

氏 名 _____

紹介元医療機関名 _____

予約科・検査名 _____

予 約 日 月 日 ()

予 約 時 間 時 分

- ※ 1F総合受付に保険証・診療情報提供書(紹介状)・お薬手帳・診察券(お持ちの方)を提出してください。
- ※ 予約日に来院できない場合は、ご紹介開業医にご連絡ください。
- ※ 診察・検査時間は多少遅れることがありますので ご了承ください。