受　診　依　頼　票

年　　月　　日

□愛知県がんセンター愛知病院　□岡崎市民病院　□（　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科（　　先生）

□診療科決定できず　　↑診察医のご希望があれば記入して下さい

★診察時間予約なし

□　　年　月　日　□本日受診　□受診日未定

★診療時間予約あり　　医療機関名

□明日以降早い日を希望　□希望日あり(第３希望までご記入下さい)

第１希望　　年　月　日　曜日　　医師名

第２希望　　年　月　日　曜日

第３希望　　年　月　日　曜日　　TEL・FAX

受診者	ﾌﾘｶﾞﾅ		**救急車の使用：　□有　・　□無**	
	氏名		保険者番号	記号・番号
	生年月日	□明　□大 □昭　□平　　年　月　日　□男 □女		
	住所	（〒　　）	公費負担医療の受給者番号	公費負担者番号
			有効期限　　年　月　日	
	TEL		保険別	公費負担別
			□自費　□交通事故　□労災　□生保　□退家本　□退家本　□国家本　□国本　□健家本　□健本　□後期高齢割	□結核　□身障　□児童　□原爆　□精神　□母子　□難病　□子ども　□その他
受診者のID番号が分かれば記入して下さい。 ID		被保険者名		

算定状況	在宅時医学総合管理料・在宅がん医療総合診療科・在宅療養指導管理料・特定施設入居時等医学総合管理料

□検査のみの依頼(CT・MRI・RI・エコー)

主訴又は診断：

経過及び依頼目的：

CD-R・ﾌｨﾙﾑ・USB・病理標本	有（　□患者持参・□集配　）・□無	返却(要・患者へ・不要)
検査結果・その他	有（　□患者持参・□集配・□FAX　）・□無	返却(要・患者へ・不要)

愛知県がんセンター愛知病院地域医療支援室（FAX：0564-25-6740　TEL：0564-25-6741）

岡崎市民病院地域医療連携室病診連携　　（FAX：0564-25-6720　TEL：0564-66-7262）