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）

↑診察医のご希望があれば記入して下さい

★ 診療時間予約なし

☐　　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

☐早い日を希望　☐希望日あり（第3希望までご記入ください）

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		
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	☐明 ☐大 ☐昭 ☐平　年　月　日　☐男 ☐女
	住所	（〒　　）
	T E L	

受診者のID番号が分かれば記入してください。		被保険者名	
ID			

救急車の使用 ： ☐ 有 ・ ☐ 無

保険者番号	記号・番号

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

保険別												
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
自費	交通事故	労災	生保	退家本	退家本	国家本	国家本	健家本	健家本	後期高齢		

公費負担別										
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
結核	身障	児童	原爆	精神	母子	老人割	子ども	その他		

主訴又は診断：

経過及び依頼目的：☐ 検査のみの依頼（CT・MRI・RI・エコー）

フィルム	☐有（ ☐患者持参 ・ ☐集配 ）・ ☐無	返却（ ☐要 ・ ☐不要 ）
検査結果・その他	☐有（ ☐患者持参 ・ ☐集配 ・ ☐FAX ）・ ☐無	返却（ ☐要 ・ ☐不要 ）
算定状況	☐在宅時医学管理料 ・ ☐在宅末期医療総合診療料 ・ ☐在宅療養指導管理料	

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）

岡崎市民病院病診連携室（FAX 0564－25－6720　TEL 0564－66－7262）