

岡崎市民病院 受診依頼票（コロナワクチン接種希望）

年 月 日

☐ 診察依頼

科（ 先生 ）

☒ 検査のみ依頼

検査項目： ☐ 単純CT ・ ☐ 造影CT ・ ☐ 単純MRI ・ ☐ 造影MRI
☐ エコー ・ ☐ RI ・ ☐ 骨密度 ・ ☐ 神経伝導速度 ・ ☐ その他（ ）

★予約希望日

☐ 希望あり（第3希望までお書きください）

第1希望 年 月 日 曜日

第2希望 年 月 日 曜日

第3希望 年 月 日 曜日

☐ 明日以降早い日を希望

☒ 受診日未定

☐ 本日希望

医療機関名

医師名

TEL

FAX

★Web予約 年 月 日 曜日 時 分

★救急車の使用（ ☐ 有 ☐ 無 ）

★岡崎市民病院から詳細な診療状況を示す文書の提供を希望する。

→ ☐ 希望しない場合は左記に✓を入れてください。

＊予約変更に関しましては、当院と患者様が直接調整させていただきますのでご了承ください。
尚、変更した場合は、紹介医へ変更日時等をご連絡させていただきます。

受診者	フリガナ			性別	生 年 月 日	
	氏名			☐ 男 ☐ 女	☐ 大 ☐ 平 年 月 日 ☐ 昭 ☐ 令	
	住所	(〒)				
TEL	自宅電話			携帯電話		
当院診察券番号		(当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)				
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 ・ ☒ 特定施設入居等医学総合管理料					
【受診目的】 コロナワクチン接種希望						
【経過及び特記事項】 						
CD-R・フィルム・USB・病理標本		有 (☐ 患者持参 ・ ☐ 集配) ・ ☐ なし			返却 (☐ 要 ・ ☐ 患者へ ・ ☐ 不要)	
検査結果・その他		有 (☐ 患者持参 ・ ☐ 集配 ・ ☐ FAX) ・ ☐ なし			返却 (☐ 要 ・ ☐ 患者へ ・ ☐ 不要)	

岡崎市民病院 受診依頼票（コロナワクチン接種希望）

受診者

氏名		診察券 番号	
【経過及び特記事項②】			