

☆☆☆ 受診依頼票の記入方法 ☆☆☆

**医師指定ある場合のみ
記入してください。**

岡崎市民病院 受診依頼票

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 (第3希望までお書きください)

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、
連絡先は必ず記入をお願いします。**

医療機関名 _____

医師名 _____

TEL・FAX _____

★ web 予約 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分

救急車の使用 有 無

* 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。
 なお、変更した場合、紹介医へ変更日時等をご連絡させていただきます。

**Web予約取得
日時を記入し
てください。**

**FAX予約は第3
希望まで記入
してください。**

フリガナ	保険者番号	記号・番号
氏名		
<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月	担医療受給者番号	公費負担番号
	有効期限 年 月 日	
	保険別	公費負担別
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
受診者の ID <small>番号が分れば 記入してください</small>	被保険者名	通 後 事 期 費 故 災 保 家 家 保 家 保 割
		労 生 退 国 国 健 健 後 核 障 童 爆 神 子 病 も 他

Web予約取得後

2日以内かつ受診予約日の2日前（休日は除く）までに、受診依頼票（紹介状）をFAX等で当院へご送付ください。

FAX予約取得時

受診依頼票（紹介状）をFAX等で当院へご送付ください。

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

【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 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配) ・ <input type="checkbox"/> なし	返却 (要・患者へ・不要)
検査結果・その他	有 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配・ <input type="checkbox"/> FAX) ・ <input type="checkbox"/> なし	返却 (要・患者へ・不要)

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

受診依頼票は、カルテを事前に登録するためと、担当医が予習をするために必要です。当日の外来を円滑に受診するためにご理解ご協力をお願いいたします。

医療機関からの予約に関する問い合わせは

岡崎市民病院地域医療連携室 0564-66-7410