

岡崎市民病院 受診依頼票（乳幼児・小児コロナワクチン外来用）

年 月 日

岡崎市民病院
小児科

★予約希望日

下表にて希望する接種日の「希望」欄に丸印を記入し、今回が何回目の接種に当たるかを「接種回数」欄の数字を丸印で囲み示してください。

- ※診察は15時～15時30分の間です。
- ※1回目の接種を希望するときには、2回目以降の接種希望日も併せて選択してください。

医療機関名
医師名
TEL・FAX

希望	接種日	接種回数
	4月28日（金）	1・2・3～
	5月26日（金）	1・2・3～
	6月23日（金）	1・2・3～
	7月28日（金）	1・2・3～
	8月25日（金）	1・2・3～
	9月22日（金）	1・2・3～

希望	接種日	接種回数
	10月27日（金）	1・2・3～
	11月24日（金）	1・2・3～
	12月22日（金）	1・2・3～
	1月26日（金）	1・2・3～
	3月22日（金）	1・2・3～

※締切は受診予約日の2日前（休日は除く）です。

受診者	フリガナ											保険者番号	記号・番号												
	氏名																								
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	公費負担医療受給者番号					公費負担番号																	
	住所	(〒)										有効期限					年 月 日								
	TEL											保 險 別					公 費 負 担 別								
	受診者のID	被保険者名										<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 交 <input type="checkbox"/> 労 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 後 通 事 費 故 災 保 家 家 保 家 保 割					<input type="checkbox"/> 結 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 原 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 難 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> そ どの								
算定状況	在宅時医学総合管理料・在宅がん医療総合診療料・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 受診依頼票

受診者

氏名		ID	
<p>【経過及び依頼目的②】</p>			