

# 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

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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	
	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

【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 ( <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 患者へ ・ <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 患者へ ・ <input type="checkbox"/> 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)

# 岡崎市民病院 受診依頼票

受診者

氏名		診察券 番号	
【経過及び依頼目的②】			