

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】			