

★★★ 受診依頼票の記入方法 ★★★

岡崎市民病院 受診依頼票

医師の指定がある場合のみ
ご記入ください。

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（_____）

医療機関名、医師名、連絡先は必ず
ご記入をお願いします。

★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

FAX予約は第3希望までご記入ください。

★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。

Web予約取得日時をご記入ください。

→ 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	岡崎市民病院から詳細な診療状況の文書を 希望しない場合のみ✓を入れてください。	
	氏名	男・		
	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】

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。

パソコン等でExcel入力される場合、
別シートの✓をコピー&ペーストしてお使い頂けます。

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、事前にカルテを登録し、担当医が患者さんの状態を把握しておくことで
患者さんがより円滑に受診できるようにするためのものです。
ご理解とご協力をお願いいたします。

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】

1枚目に入りきらない場合は、2枚目もご使用ください。

