

紹介連絡・予約申込書

申込み年月日： 年 月 日 午前・午後 時 分

患者さん同意のもと、この連絡・予約申込み票を送ります。予約をお願いします。

本日の予約内容 (希望項目にチェック)	診察 <input type="checkbox"/> 通常 ・ <input type="checkbox"/> 至急	検査 <input type="checkbox"/> 通常 ・ <input type="checkbox"/> 至急
---------------------	---	---

依頼先	FAX (058) 248-9334	依頼元	病院・医院
	岐阜県総合医療センター 地域医療連携部 連携調整室 直通 TEL (058) 249-0017	電話	FAX
		科	医師

フリガナ				西暦	年	月	日
氏名	(旧姓)	男	女	生年月日	年齢 才		
当院受診歴	あり (年頃) ・ なし			電話	()		
当院患者No.	↓						
住所	〒						
保険者番号					資格取得日	昭和・平成・令和	年 月 日
記号・番号				有効期限	令和	年 月 日	

希望診療科 _____

〔医療機器共同利用によるCT、MRI検査を希望の場合は放射線診断科と記入してください。〕

希望医師名 _____ 医師の希望なし

診断名または症状： _____

受診年月日： 第1希望 年 月 日 午前□・午後□ / 第2希望 年 月 日 午前□・午後□
 希望なし その他の希望 ()

希望検査 <単純のみ予約可> <input type="checkbox"/> C T (部位) <input type="checkbox"/> MR I (部位) CT 検査を希望の方で、下記項目に該当の場合は○で囲ってください。 妊娠・ペースメーカー MRI 検査を希望の方で、下記項目に該当の場合は○で囲ってください。 妊娠・人工内耳・ペースメーカー・閉所恐怖症・体内金属・入れ墨・髄液シャント 検査結果画像の希望 <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> 不要 ● アレルギー (有 ・ 無) ● 感染症 ()	<紹介目的・その他、依頼事項> _____ _____ _____ _____
--	---

予 約 控

予約日： 年 月 日 () 午前・午後 時 分

地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター

科 担当医 _____