

診察・検査 依頼書

依頼日 令和 年 月 日

紹介元	医療機関名		
	医師名	担当者氏名	
	連絡先 電話番号	FAX	

紹介先医療機関名

市外局番は (077)

<input type="checkbox"/>	大津赤十字志賀病院	FAX 594-8462	TEL 594-8779	代表番号	TEL 594-8777
--------------------------	-----------	--------------	--------------	------	--------------

<input type="checkbox"/> 本日希望	<input type="checkbox"/> 救急車で来院	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 救急部対応	<input type="checkbox"/> 外来対応(科 医師)

<input type="checkbox"/> 診察希望	科	<input type="checkbox"/> 医師	希望日 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 早期希望
		<input type="checkbox"/> 外来担当医師	<input type="checkbox"/> あり ①	月 日() :
			②	月 日() :

<input type="checkbox"/> 検査予約	[部位]	希望日 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 早期希望
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 併用	<input type="checkbox"/> あり ①	月 日() :
		②	月 日() :
		<input type="checkbox"/> 医師指定(医師)	

造影剤使用時	尿素窒素()クレアチニン()	検査日	年 月 日
--------	------------------	-----	-------

CT・MRI 検査	ペースメーカーまたは体内金属	<input type="checkbox"/> あり (種類)	<input type="checkbox"/> なし
-----------	----------------	-----------------------------------	-----------------------------

紹介目的 (部位・症状・病名等)	<input type="checkbox"/> 紹介状参照	<input type="checkbox"/> 地域連携バス運用中	<input type="checkbox"/> 開放型病床利用	<input type="checkbox"/> 入院中
			
			
			

患者基本情報

紹介先病院での受診歴 あり なし

大津赤十字病院での受診歴 あり なし

ID 番号 ()

フリガナ			性別	被保険者
患者氏名		(旧姓)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日(歳)
住所	〒			
	電話番号		携帯番号	
保険情報	保険者番号		公費番号	
	記号			
	番号		福祉医療	
一部負担金の割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割		福 一部負担金	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし