

磐田市立総合病院 外来受診・検査依頼申込書 (医療機関用)

予約時間の30分以上前に ①番(初診受付)にお越しください

予 約 日 時	月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分					
	予約科	科			予約医師	医 師
	☐ 受診予約日時が未定の場合は、 ☒ をご記入ください (後日、患者さん自身で必ず電話予約してください) ※患者さんからの申し込みは診察予約のみです。 検査予約は医療機関を通して申し込んでください。					
フリガナ					性 別	
紹介患者名					男 性 ・ 女 性	
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)					
住 所	〒() マンション・アパート名まで記入してください					
電 話 番 号	() -			紹介元医療機関 (医療機関名 住所 電話 FAX)		
携 帯 電 話	- - (本人・)					
※なるべく携帯電話番号を記入して下さい。						
受 診 科	外来診療科一覧 (上記予約科に診療科を記入してください)					
	呼吸器内科	消化器内科	肝 臓 内 科	循環器内科	脳神経内科	血 液 内 科
	腎 臓 内 科	糖尿病・内分泌内科	リウマチ科	小 児 科	外 科	呼吸器外科
	消化器外科	血 管 外 科	整 形 外 科	形 成 外 科	脳神経外科	乳 腺 外 科
	産 婦 人 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	泌 尿 器 科	皮 膚 科	麻 酔 科
	精 神 科	緩和医療科	放射線診断科	歯科口腔外科	リハビリテーション科	
検 査 名	検査名・部位に○印もしくは、検査名を記入してください					
	CT ・ MRI (単純・造影)	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・頸椎・胸椎・腰椎・四肢・心臓・その他()				
	R I	()センチ				
	一般X線撮影					
備 考						
保 険 区 分	自賠 ・ 労災 ・ 公災 ・ 通勤災害 ・ 自費 ・ 生保 ・ その他()					
保 険 者 番 号						記 号 番 号
本人・家族の別	本人 ・ 家族				一部負担金の割合	割
公費負担者番号						受 給 者 番 号

磐田市立総合病院 地域医療連携室

直通電話 0538-38-5545 FAX 0538-38-5549

〒438-8550 磐田市大久保512番地3

(2枚複写)①

2109

2021.9 2×50×200