

紹介連絡・予約申込

(申込年月日:西暦

年 月 日

午前

午後

時 分)

患者さん同意のもと、この連絡・予約申込票を送ります。予約お願いいたします。

依頼先		岐阜大学医学部附属病院 総合患者サポートセンター						依頼元																			
								医師	TEL		-		-		FAX	-		-									
生保	市町村番号						保険者番号																				
	受給者番号						記号・番号																				
フリガナ								資格取得日		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		年		月		日											
患者氏名								有効期限		令和		年		月		日											
								事業所																			
旧姓						性別		保険者・市町村																			
								国保組合所在地																			
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)		①		公費負担者番号													
電話		()		-										①		公費受給者番号											
携帯電話		-		-												②		公費負担者番号									
住所		〒		-														月額自己負担額		入院		円		通院		円	
		乳重母																		負担者番号							
																				受給者番号							
被保険者所帯主氏名						続柄				有効期限		令和		年		月		日		受診者の負担率		窓口		割			
職業								本人・家族区分		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		その他()															

岐阜大学病院 受診歴 無 有 → おわりの場合のみ 昭 平 令 年 月頃、診察券のID()

貴院に 通院中 入院中 → 退院せずに当院を受診する予定ですか いいえ はい → 別紙 事務連絡をご持参ください

希望診療科 _____ 希望医師名 _____

診断名又は症状: _____

予約事項: 検査(あり なし) 診察 _____ その他 _____

希望年月日: 希望なし 第1希望 _____ 年 月 日() 第2希望 _____ 年 月 日()

早急(病状による) _____ 特記事項 _____

検査依頼項目(方法:部位)(造影法)	依頼事項
<input type="checkbox"/> CT (:) (造影 <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> なし)	
<input type="checkbox"/> MRI (:) (造影 <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> なし)	
<input type="checkbox"/> 胃カメラ (<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> ヘリコバクター検査)	
<input type="checkbox"/> PET-CT (疾患名:チェックシートによる)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	