

# 紹介予約申込FAX用紙

津山中央病院 地域連携室 行

FAX (0868) 21-8201 (直通)

TEL (0868) 21-8111 (代表)

内線: 3842、3843

予約受付時間 平日 8:30~17:00 第1,3,5 土曜 8:30~13:00

医療機関名:

医師氏名:

住所:

電話番号:

FAX番号:

予約希望日 月 日 曜日

当院受診歴 有 (ID: ) • 無

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明	・	大	・	昭	・	平
患者氏名				年	月	日	(	歳)		
住所	〒		電話番号	( )						

※事前にカルテを作成いたしますので、保険証又はカルテの表紙をコピーして頂くか、下記欄に必ずご記入下さい

主保険		公費						
保険者番号		①	公費負担番号					
記号			受給者番号					
番号			負担金額	外来	入院			
有効期限	～		有効期限	～				
被保険者名	本人	②	公費負担番号					
	家族( )		受給者番号					
			負担金額	外来	入院			
負担割合			有効期限	～				

紹介目的		
※紹介状添付なしの場合は必ずご記入下さい		

外来診療科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 神経・腎臓・内分泌・膠原病内科 (すべて完全予約制)				<input type="checkbox"/> 循環器内科
	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 眼科
	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 糖尿病地域連携外来
ご希望医師	有 (	医師)	・	無		

放射線科	造影剤	有 無	検査名	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> CTA	<input type="checkbox"/> ダクタックCT (肝・脾)	<input type="checkbox"/> 3DCTA				
				<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー				
				<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 骨盤部
				<input type="checkbox"/> 腎臓～膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺・精囊部	<input type="checkbox"/> その他( )					
	誌影	希望する・希望しない (撮影当日に所見レポートが必要な場合はFAX送信します。土曜日は不可)									
その他	<input type="checkbox"/> 小児脳波 (当日当院にて要診察) <input type="checkbox"/> 注腸 (マグコロールの前処置が必要です) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腫瘍シンチ <input type="checkbox"/> 心臓シンチ <input type="checkbox"/> その他( )										

内視鏡センター	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> 大腸カメラ		
ご希望医師	有 (	医師)	・	無