

# 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
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 家族 ( )	②	公費負担番号	
負担割合			受給者番号	
			負担金額	外来 入院
			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"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 形成外科
	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 眼科
	<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"/> ゲイミック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
	撮影部位	<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・精嚢部 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	読影	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