紹介予約申込ＦＡＸ用紙

**津山中央病院　地域連携室**　**行**

医療機関名：

医師氏名：

住　　所：

電話番号：

FAX番号：

**ＦＡＸ（０８６８）２１－８２０１（直通）**

**ＴＥＬ（０８６８）２１－８１１１（代表）**

予約受付時間　**月～金8:30～17:00まで**　　内線：3842､3843

（※時間外のお申込みは翌診療日の対応になります）

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 |  | |
| 負担割合 |  | 負担金額 | 外来 | 入院 |
|  |  | 有効期限 | ～ | |

|  |  |
| --- | --- |
| **紹介目的**  ※可能な限り紹介状の  添付をお願いします | 【緊急・準緊急】　病名： |
|  |
| 主訴： |

|  |  |
| --- | --- |
| **外来診療科** | □内科（□神経□腎臓□内分泌□膠原病※すべて完全予約制） □循環器内科　□眼科（完全予約制） |
| □外科　□心臓血管外科　□脳神経外科　□整形外科（完全予約制）　□泌尿器科 □小児科 |
| □皮膚科　□形成外科　□耳鼻咽喉科　□産婦人科　□麻酔科　□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 | □ＣＴ □ＣＴＡ □ﾀﾞｲﾅﾐｯｸＣＴ（肝・膵）　□３ＤＣＴＡ |
| □ＭＲＩ □ＭＲＡ □ＭＲＣＰ □ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ |
| 撮影　部位 | □頭部　□頚部　□胸部　□腹部　□骨盤部　□脊椎（頸椎・胸椎・腰仙椎）  □前立腺・精嚢部　□四肢（部位：　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　） | | |
| 読影 | 撮影当日に初見レポートが必要な場合はFAXにて送信します  **（　希望する・希望しない）**　※土曜日は医師が不在になるため当日FAX不可 | | |
| **その他** | □小児脳波（同日当院にて要診察）　□骨シンチ　　□腫瘍シンチ　　□心臓シンチ  □放射線治療　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **内視鏡センター** | □胃カメラ　　　　□大腸カメラ |
| **ご希望医師** | 有（　　　　　　　　　　　医師）　・　無 |