

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)

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)

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				明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
患者氏名		男 ・ 女	生年月日	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	～

<p>紹介目的</p> <p><small>※可能な限り紹介状の添付をお願いします</small></p>	<p>【緊急・準緊急】 病名：</p> <hr/> <p>主訴：</p>
--	--------------------------------------

<p>外来診療科</p>	<p><input type="checkbox"/>内科 (<input type="checkbox"/>神経 <input type="checkbox"/>腎臓 <input type="checkbox"/>内分泌 <input type="checkbox"/>膠原病※すべて完全予約制) <input type="checkbox"/>循環器内科 <input type="checkbox"/>眼科 (完全予約制)</p> <p><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 (完全予約制) <input type="checkbox"/>泌尿器科 <input type="checkbox"/>小児科</p> <p><input type="checkbox"/>皮膚科 <input type="checkbox"/>形成外科 <input type="checkbox"/>耳鼻咽喉科 <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</p>
<p>ご希望医師</p>	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
	撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰仙椎) <input type="checkbox"/> 前立腺・精嚢部 <input type="checkbox"/> 四肢 (部位:) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 小児脳波 (同日当院にて要診察) <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"/> 放射線治療 <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