

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

外来診療科	<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) <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 <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
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・膵) <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