

浜松赤十字病院外来受診・入院・検査依頼申込書

(様式4)

フリガナ		性別	来院予定日 予約時間	月	日	時	分
氏名	(旧姓)	男 女	保険者番号				
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)		記号・番号				
住所			区分	本人・家族			
			一部負担割合	割			
TEL	() -		公費番号				
			入院中の場合	算定入院基本料			
外来受診	診療を希望する科を○で囲んでください。						
	内 科	外 科	皮 膚 科	小 児 科	歯科口腔外科		
	循環器内科	こ う 門 科	泌 尿 器 科	血 管 外 科	※予約は17:00まで		
	消化器内科	脳神経外科	産 婦 人 科	放 射 線 科			
	呼吸器内科	整 形 外 科	耳 鼻 咽 喉 科	リハビリ科			
	精 神 科	形 成 外 科	眼 科	麻 酔 科			
依頼検査名	下記検査名・部位に○印もしくは必要検査名をお書きください。						
	※CT・MRI・核医学のデータの提供方法をお選びください。 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム						
	※レポートは紙面にて送付させていただきます。						
	MRI・MRA (単純・造影)	頭部・頸部・脊髄(頸・胸・腰)・胸部・腹部・骨盤・四肢・他() ※造影の場合、クレアチニンの検査データの提供をお願いします。					
	CT (単純・造影)	頭部・胸部・腹部・骨盤腔・他() ※造影の場合、クレアチニンの検査データの提供をお願いします。					
	造影検査	食道・胃・十二指腸造影・腎盂造影・血管造影・他()					
	核医学	骨シンチ・その他()					
	超音波	腹部エコー・心エコー					
	内視鏡	胃カメラ・大腸内視鏡					
その他	脳波・骨密度・筋電図						
<p>【お願い】 受診の際、患者さまがお飲みになっているお薬の情報をご持参くださいますようお願いいたします。 先に申込書のみFAXする場合は、該当を○で囲んでください(紹介状は、当日持参/後程FAX)</p> <p>連絡事項</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p>							

事前受付をされる場合は、上記にご記入のうえ、紹介状と共にFAX(053-401-1166)をお願いします。

浜松赤十字病院 受付日 年 月 日

◎当院入院中に、患者さまが貴院へお薬を取りに行かれた場合、処方する前に当院にご連絡をお願いします。