



## 紹介患者予約申込書・連絡表

年 月 日

鶴岡協立病院 地域医療連携室 宛

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

## 患者様基本情報

ふりがな	性別	男	女
氏名	生年月日	M T S H	
		年	月 日
住所 〒 _____	電話番号	( _____ )	
ご希望日	第1希望 ( _____ 月 _____ 日)	第2希望 ( _____ 月 _____ 日)	
	または、都合の悪い日 ( _____ ) その他		

## 診察依頼

紹介診療科	科	医師
紹介目的 (簡単にお知らせください)		
当院受診歴	有 ( _____ 年 _____ 月頃)	無 不明

※診察依頼で当院初診の方は、保険証等情報の記載をお願いします。カルテ作成で使用します。

## 保険証等情報

保険の種類に○ 国保・社保・後期高齢者・前期高齢者・生保・他 ( _____ )	
保険者番号	被保険者証記号番号
被保険者との続柄 本人・家族	負担割合 1割・3割
重度心身障害(児)者医療証(一部負担金 有・無)	
福祉医療負担者番号	医療証番号

## 委託検査の依頼 (依頼内容に○をおつけください)

検査	部位・種類	撮影 造影について
MR I	脳・頭頸部・胸部・腹部・骨盤部頸椎・胸椎・四肢・関節・腰椎	単純・造影・MRA
CT	頭頸部・胸部・腹部・骨盤部・四肢・脊椎・腰椎 デンタル(インプラント)	単純・造影
内視鏡検査	上部消化管・下部消化管	
生理検査	腹部エコー・心エコー・甲状腺エコー・脳波・ 他 ( _____ )	