

**紹介連絡・予約申込**

(申込み年月日: 年 月 日 午前・午後 時 分)

患者さん同意のもと、この連絡・予約申込み票を送ります。予約をお願いいたします。

依頼先	FAX(058)248-9334	依頼元 _____ 病院・医院 _____
	岐阜県総合医療センター 地域医療連携部 直通 TEL (058) 249-0017	科 医師 _____
	電話 _____	FAX _____

フリガナ				生年月日	年 月 日
氏 名	(旧姓)	男 女			年齢 才
当院受診歴	あり ( 年頃・ID )・なし			電 話	( )
住 所	〒 _____				
保険者番号				資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日
記号・番号				有 効 期 限	令和 年 月 日

希望診療科 \_\_\_\_\_ 希望医師名 \_\_\_\_\_

診断名又は症状: \_\_\_\_\_

希望年月日: 希望なし 第1希望 年 月 日午前・午後 第2希望 年 月 日午前・午後  
その他 \_\_\_\_\_

依頼事項: <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 検査 _____ 読影 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 測定値がわかれば記入 <input type="checkbox"/> C T ( ) 造影 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり:ケアチン値 ( ) <input type="checkbox"/> MR I ( ) 造影 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり:ケアチン値 ( ) <検査結果画像の希望 <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要> <input type="checkbox"/> 胃カメラ (食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査 ) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 感染症 ( )	<input type="checkbox"/> 診察 <紹介目的・その他> _____ _____ _____ _____ _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

**予 約 控**

予約日 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 岐阜県総合医療センター _____ 科 担当医 _____
-------------------------------------------------------------

<前方連携室より診療科へのコメント>