

紹介状・診療情報提供書（予約申込書）

様式-1

令和 年 月 日

送信先:FAX番号 0827-35-5896
 受付時間 平日(月～金曜日) 8:30～17:00
 NHO岩国医療センター 地域医療連携室
 〒740-8510 山口県岩国市愛宕町1丁目1番1号
 電話 0827-35-5646

<依頼医療機関>
 住所
 名称
 医師氏名
 TEL
 FAX

ふりがな		旧姓		〒	— (郵便番号は必ず記載して下さい)
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		住所		
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (満 歳)		TEL	()	—
NHO岩国医療センター(旧国病) 受診歴 <input type="checkbox"/> 有 (ID番号) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					
保険者番号		公費	負担者番号		
			受給者番号		
記号・番号	枝番		負担者番号		
			受給者番号		
区分	本人 ・ 家族		公費負担割合	割	

紹介目的	外来診療	外来診療案内をご参照のうえ、【① ③ ④】欄にご記入ください。
	検査のみ	内視鏡検査 この用紙のご記入は必要ありません。胃・大腸内視鏡検査用予約申込書をご利用ください。
		CT・RI※ MRI 一般撮影 心エコー 【② ③ ④】欄にご記入ください。 ※放射線被ばく等に関する説明同意のチェックが必要です。(説明後にチェックして下さい。)
		PET-CT 太枠部分と③を記入の上、『診療情報提供書(PETCT検査用)』を添付してお申し込みください。

① 外来診療	() 科 指定医<ご希望があれば記入してください> () 医師
--------	---

③ 希望日	1. 令和 年 月 日 (曜日) 時頃 2. 令和 年 月 日 (曜日) 時頃 3. いつでもよい
-------	---

② 検査	心エコー → 所見 (<input type="checkbox"/> 当日患者渡し <input type="checkbox"/> 後日郵送) MRI 一般撮影 ※CT ※RI ※放射線被ばく等に関する同意 <input type="checkbox"/> 説明済
------	--

部位 ()
造影剤 有 ・ 無

↓ 造影有のMRI、CTの際はご記入下さい。
eGFR値 _____ (30未満は不可)
(検査日: 月 日)

撮影フィルム《✓をつけて下さい》

<input type="checkbox"/> 所見必要	<input type="checkbox"/> CD当日患者渡し
<input type="checkbox"/> 所見不要	<input type="checkbox"/> CD後日郵送

※所見が必要な場合、後日郵送のみとなります

④ 診療情報	※貴院様式の診療情報提供書を添付してお申し込み頂く場合、以下の欄のご記入は不要です。 (緩和ケア外来予約の際は「緩和ケア外来受診予約記入用紙」を添付してください。以下の欄のご記入は不要です。)
主訴又は疾病名	
既往歴及び家族歴	
病状経過	
治療経過	
現在の処方	
患者の状態等	
要望事項	
留意事項等	