

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	□男 □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 □有 (ID番号) □無 □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	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 (□当日患者渡し □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》

所見必要 CD当日患者渡し
 所見不要 CD後日郵送

※所見が必要な場合、後日郵送のみとなります

上記診療科の予約時間帯は原則8:30~11:00となっております。
 CT・MRI検査他、一部診療科については午後でご案内となります。

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					