

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	住	〒		—		(郵便番号は必ず記載して下さい)		
氏 名			☐ 男 ☐ 女	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	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。)
	み	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	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		部位 () 造影剤 <u>有</u> ・ 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
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. 翌日含むいつでもよい	☐ 説明済	

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		

改訂:令和7年7月18日