

受診申込書(兼)診療情報提供書

〒470-2404

平成 年 月 日

愛知県知多郡美浜町河和字西谷81番地6

愛知県厚生農業協同組合連合会

知多厚生病院 行

科 医師

≪ 診察・検査・入院 ≫希望

予約希望日

指定日 第1希望 月 日 第2希望 月 日 指定しない

紹介元

医療機関名	
住所	
TEL	FAX
科 / 医師氏名	

フリガナ			明治・大正・昭和・平成	
氏名	生年月日		年 月 日 () 歳	男・女
住所	〒			
電話番号	() -	携帯電話	() -	

・知多厚生病院の受診歴はありますか？ なし あり ID: ()
 ・現在入院中ですか？ いいえ はい →受診時は？ 退院後 入院中

被 保 険 者 証	保険者 番号		公費負担番号	
	記号 番号		公費負担医療の 受給者番号	
	資格取得	年 月 日	公費負担	資格取得 年 月 日
	有効期限	年 月 日	有効期限	有効期限 年 月 日
被保険者氏名 (世帯主名)		前(後)期高齢者 一部負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	

【検査希望】 注) 頭部のCT・MRIは病診連携室では予約出来ません。
 単純CT (部位:)
 造影CT (部位:) (身長: cm 体重 kg) ※問診票
 インプラントCT (上顎・下顎・上下顎)
 単純MRI (部位:) ※問診票
 造影MRI (部位:) (身長: cm 体重 kg) ※問診票(2枚)
 エコー (心・腹部)
 胃内視鏡 ※問診票・同意書
 胃瘻ボタン交換 (交換・チューブからボタン・造設) ※問診票

【報告方法】
 CD-R
 フィルム
 読影書

※ 症状・経過等を簡単にお知らせ下さい。 診療情報提供書 (別紙にて)

【持参資料】 画像データ (返却 要・不要) その他 ()

【受付時間】
 平日 8:30~18:00
 ※翌日予約は16:30まで
 第1・3土曜日 8:30~12:00

病診連携室
TEL(0569)83-1661
FAX(0569)83-1666

【受付時間外】
 TEL:0569-82-0395(代)
 FAX:0569-82-4333(代)