

# 受診申込書(兼)診療情報提供書

〒470-2404

令和 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

指定しない  指定日 第1希望: 月 日 第2希望: 月 日

**紹介元**

医療機関名	
住所	
TEL	FAX
科 / 医師氏名	

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和		
氏名			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? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ID: ( ) ・現在入院中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 受診時は? <input type="checkbox"/> 退院後 <input type="checkbox"/> 入院中				

被 保 険 者 証	保険者番号		公費負担番号	
	記号		公費負担医療の受給者番号	
	番号			
	資格取得	年 月 日	公費負担	資格取得
	有効期限	年 月 日	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

<p><b>【検査希望】</b></p> <p><input type="checkbox"/>単純CT (部位: ) <input type="checkbox"/>インプラントCT (上顎・下顎・上下顎)</p> <p><input type="checkbox"/>造影CT (部位: ) (身長: cm 体重 kg) ※問診票・同意書</p> <p><input type="checkbox"/>単純MRI (部位: ) ※問診票</p> <p><input type="checkbox"/>造影MRI (部位: ) (身長: cm 体重 kg) ※問診票(2枚)・同意書</p> <p><input type="checkbox"/>エコー (心・腹部)</p> <p><input type="checkbox"/>骨塩定量</p> <p><input type="checkbox"/>胃内視鏡 ※問診票・同意書</p> <p><input type="checkbox"/>鎮静下胃内視鏡 ※問診票・同意書(2枚)</p> <p><input type="checkbox"/>胃瘻ボタン交換 (交換・チューブからボタン・造設) ※問診票</p>	<p><b>【報告方法】</b></p> <p><input type="checkbox"/>CD-R</p> <p><input type="checkbox"/>フィルム</p> <p><input type="checkbox"/>読影書</p>
---	---

※ 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 8:30~17:00  
※翌日予約は16:30まで

**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)