

# 受診申込書(兼)診療情報提供書

〒470-2404

愛知県知多郡美浜町大字河和字西谷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   |              |                    | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和   | 男・女   |
| 氏 名  | 生年月日         |                    | 年 月 日 ( ) 歳   |   |
| 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: ( )<br>・ 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<br>保<br>険<br>者<br>証  | 保険者<br>番号    | 公費負担番号             |   |   |
|  | 記号           | 公費負担医療の<br>受給者番号   |   |   |
|  | 番号           |                    |   |   |
|  | 資格取得<br>有効期限 | 年 月 日<br>年 月 日     | 公費負担<br>有効期限  | 資格取得<br>有効期限 年 月 日<br>年 月 日   |
| 被保険者氏名<br>(世帯主名)   |              | 前(後)期高齢者<br>一部負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 |   |
| <b>【検査希望】</b><br><input type="checkbox"/> 単純CT (部位: )<br><input type="checkbox"/> 造影CT (部位: ) (身長: cm 体重 kg) ※問診票・同意書<br><input type="checkbox"/> 単純MRI (部位: ) ※問診票<br><input type="checkbox"/> 造影MRI (部位: ) (身長: cm 体重 kg) ※問診票(2枚)・同意書<br><input type="checkbox"/> エコー (心 ・ 腹部 )<br><input type="checkbox"/> 骨塩定量 (DEXA法)<br><input type="checkbox"/> 胃内視鏡 ※問診票・同意書<br><input type="checkbox"/> 鎮静下胃内視鏡 ※問診票・同意書 (2枚)<br><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 |              |                    |   | <b>【報告方法】</b><br><br><input type="checkbox"/> CD-R<br><input type="checkbox"/> フィルム<br><input type="checkbox"/> 読影書 |
| ※ 症状・経過等を簡単にお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (別紙にて)   |              |                    |   |   |
| <b>【持参資料】</b> <input type="checkbox"/> 画像データ (返却 要・不要) <input type="checkbox"/> 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)