

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

令和 年 月 日

紹介元

医療機関名 :

住所 :

TEL :

FAX :

科/医師氏名 :

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

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和		男 ・ 女
氏名			年	月	
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				
	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】

- 単純CT(部位:)
- 造影CT(部位:)(身長: cm 体重 kg)※問診票・同意書
- 単純MRI(部位:)※問診票
- 造影MRI(部位:)(身長: cm 体重 kg)※問診票(2枚)・同意書
- エコー(心・腹部)
- 骨塩定量(DEXA法)
- 胃内視鏡※問診票・同意書
- 鎮静下胃内視鏡※問診票・同意書(2枚)
- 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 8:30~17:00

※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)