

地域医療連携室・診療申込書

紀南病院

紹介元医療機関名

科

住所:

TEL:

FAX:

医師名:

先生

ふりがな	生年月日	男・女
患者氏名	明・大・昭・平	年 月 日生()歳
患者住所(〒)	電話	()

傷病名
紹介目的

●依頼内容

- 外来受診 (希望日 月 日) 入院治療
 検査依頼 (下記にご記入下さい。)

救急・入院予約

救急時のご連絡につきましては救急部で対応いたします。地域医療連携室では、ご予約依頼の患者さまのみの対応となっております。

【検査申し込み】

《検査部位》 頭部 頸椎 胸部 腹部(全腹・上腹・下腹) 腰椎
 四肢() その他()

《検査項目》 C T 単純 造影 両方
 MRI 単純 造影 両方

MRIをご希望の場合は必ず右記の項目をご確認下さい。

R I 骨シンチ その他()

超音波検査他 腹部エコー 頸動脈エコー

心エコー 甲状腺エコー

A B I 副甲状腺エコー

脳波

MRIは下記で「有」の方の検査はできません

- 心臓ペースメーカー (有・無)
- 人工内耳等の電極 (有・無)
- MRI対応でない脳動脈クリップ
材質不明の場合も不可 (有・無)

造影MRIは下記で「有」の方の検査はできません

- 気管支喘息 (有・無)
- 薬物アレルギー (有・無)

●患者様保険情報

保険者番号

公費医療制度(身・母・乳・特・その他)

記号・番号

公費負担番号

被保険者名

受給者番号

資格取得 年 月 日

長寿医療制度負担割合 一般・低所得者

有効期限 年 月 日

現役並み所得者

事業所名

有効期限 年 月 日

所在地

当院受診歴 あり・なし

FAX 0739-22-1023

TEL 0739-22-5118

和歌山県田辺市新庄町46番地の70

紀南病院 地域医療連携室