

成田記念病院 紹介受診者申込書

(地域医療連携室 FAX: 0532-31-2279 TEL: 0532-31-2528)

申込日 年 月 日

①紹介元医療機関 様

貴院名

ご担当医

TEL

FAX

②患者様情報

フリガナ		性別	住所			
氏名	(旧姓：)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 歳	連絡先	(固定)	()	-	
			(携帯)	()	-	
保険種別	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 ()				負担割合	割
公費種別	<input type="checkbox"/> こども医療 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子父子 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()					

③外來診察

●緩和ケア希望の場合は診療情報提供書、アンケート、連絡票を併せてFAXしてください。

<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 腎・糖尿病科	<input type="checkbox"/> リウマチ科
<input type="checkbox"/> 外科（乳腺含む）		<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 麻酔科（ペイン）	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア
<input type="checkbox"/> その他（ ）		※診療科により当院でのお受け入れが困難な場合もございます。			

④高度医療機器利用（PET-CT、陽子線治療科、ハイパーサーミアは別申込書となります。）

C T	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単 純 <input type="checkbox"/> 造 影
	部 位	<input type="checkbox"/> 頭 部 (脳) <input type="checkbox"/> 胸 部 (肺・縦隔) <input type="checkbox"/> 上 腹 部 (肝臓～腎臓) <input type="checkbox"/> 下 腹 部 (骨盤部) <input type="checkbox"/> 上 下 腹 部 (肝臓～骨盤部) <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
M R I	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単 純 <input type="checkbox"/> 造 影 (<input type="checkbox"/> 3.0Tを希望する…別紙金属チェックリストを送信します。)
	部 位	<input type="checkbox"/> 頭 部 (※VSRAD <input type="checkbox"/> 要) <input type="checkbox"/> M R C P <input type="checkbox"/> 骨 盤 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
核 医 学		<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (<input type="checkbox"/> I M P <input type="checkbox"/> E C D) <input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
	上部消化管内視鏡	<input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡
そ の 他		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()

⑤日時希望

希望なし (当院の診療体制に委ねる)
希望あり (AM PM 日程希望 :)

⑥症 状、その他 特記事項等

<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書を参考	(歯科依頼用記入欄) <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 治療
	部位 _____