

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 年 月 日 歳	連絡先	(固定)	( )	-		
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		(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外来診療 ●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。					
★医師希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 医師 )				

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"/> MRCP <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"/> IMP <input type="checkbox"/> ECD ) <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 ( )			
★造影検査をご希望の際は、採血日とクレアチニン値をご記載ください。 (採血日： 年 月 日 Cre値： ) ※採血は検査の3ヶ月以内に実施しているものに限りま					

⑤日時希望

<input type="checkbox"/> 希望なし (当院の診療体制に委ねる)
<input type="checkbox"/> 希望あり ( <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> 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
---------------------------------------	---