紹介医→村田病院

紹　介　状　（診療・検査申込依頼書）

医療法人穂翔会　村田病院

平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿先生

地域連携課　朴(ﾊﾟｸ)・中谷
TEL：06-6757-0011
FAX：06-6757-8499

名　　称：
紹介医氏名：
住　　所：
TEL：
FAX：

フリガナ				村田病院での受診歴　：　無　・　有	
患者氏名	男　・　女			（　当院ID番号：　）	
生年月日	明治　・　大正　・　昭和　・　平成　　年　　月　　日生　（　　才）				
住　　所	〒　　TEL：				
保険者番号		記号		資格取得日	年　月　日
		番号		有効期限	年　月　日
被保険者	本人　・　家族　（被保険者氏名　　）			負担割合	割
公費番号				資格取得日	年　月　日
受給者番号				有効期限	年　月　日

※　上記項目につきましては、貴院におけるカルテ表紙のコピーを送信していただいてもかまいません。

紹介目的	☐ 診察　☐ 手術　☐ 入院 ☐ 検査（ ☐ CT（部位　　） ・ ☐ MRI（部位　　）	
希望日	第1希望日	平成　　年　　月　　日（　　曜日）
	第2希望日	平成　　年　　月　　日（　　曜日）
傷病名		

病状経過・検査結果・治療結果・現在処方・その他

貸　　出	CD　・　X線　　枚　・　CT　　枚

※必要がある場合は、画像診断のフィルム・検査等の記録の添付をお願いします。