

〔 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

令和 年 月 日

科 先生

地域連携課 担当者
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	<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 入院
	<input type="checkbox"/> 検査(<input type="checkbox"/> CT(部位) ・ <input type="checkbox"/> MRI(部位))		
希望日	第1希望日	令和 年 月 日 (曜日)	
	第2希望日	令和 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。