

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

医療情報課 担当者 様

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 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			(当院ID番号:)
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 (才)			
住所	〒			TEL:
保険情報	保険者番号	記号	番号	枝番
	資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日
	被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		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)	ペースメーカー留置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 インプラント留置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類)		
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査 (<input type="checkbox"/> 腰椎・大腿骨 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)) (<input type="checkbox"/> 腰椎)			
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

別紙参照

※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。