

# 信楽園病院紹介患者様FAX送信票

平成 年 月 日

地域医療連携室直通 FAX(025)260-8102 TEL(025)260-8101	
貴医療機関	病院・医院
医師ご氏名	先生
ご住所	
T E L	
F A X	
紹介目的	※受診の際は診療情報提供書をお持ち下さい
診療希望日	第1希望 月 日( 曜日) 第2希望 月 日( 曜日)
診療希望科	( 科)( 医師)
希望検査	検査名( ) 診療(要・不要) 造影剤の使用(有・無) 検査の診断(要・不要) ※検査は予約状況により、診療当日に施行できない場合もあります。 ※内視鏡検査や造影剤を必要とする検査は、診療が必要となります。
<p><b>上部内視鏡検査をご依頼の場合は以下の状態をお聞かせください。(有または無に○をお付けください)</b>          ●抗凝固剤・抗血小板剤服用(有・無) ……服用中の方については別紙1にて詳細をお知らせ下さい</p> <p><b>MRI検査をご依頼の場合は以下の状態をお聞かせください。(有または無に○をお付けください)</b>          ●手術クリップ(有・無) ●体内金属片(有・無) ●心臓ペースメーカー(有・無) ●人工内耳(有・無)          ●心臓人工弁(有・無) ●可動義眼(有・無) ●閉所恐怖症(有・無) ●その他( )</p>	

患者様基本情報		
ふりがな	男	生年月日
氏名 様	女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所 〒 —	T E L ( ) —	
市	区	

保険証等情報	
保険者番号	被保険者証記号番号
(被保険者との続柄 本人・家族) (高齢受給者証 有・無 ……負担割合 1割・3割)	
後期高齢者医療被保険者番号	被保険者番号
(一部負担金 1割・3割)	
公費負担者番号	公費受給者番号
信楽園病院の受診歴がお有りの患者様で、カルテ番号がおわかりでしたらご記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	