

平成 年 月 日

清恵会病院 「地域医療連携部」

紹介申込書

紹介元病医院名 医師名 住所 電話 FAX	受診希望日		
	第1希望	月	日()
	第2希望	月	日()
	第3希望	月	日()
			<input type="checkbox"/> 何時でも良い

フリガナ	性別	明・大・昭・平
患者氏名	男 ・ 女	年 月 日
〒	電話	()
現住所		

保険番号	記号	番号
事業所名	被保険者(世帯主名)	続柄
資・認	交付	本人・家族()
年 月 日	年 月 日	有効
公費負担番号	種類	老健・老・身・母・乳・特・高齢・他
受給者番号	割数	割 老人一部負担免除 有・無

診察希望	希望科目	科	先生・診察・精査・入院
	主訴		

CT検査	<input type="checkbox"/> 単純 部位	<input type="checkbox"/> 造影 部位
MRI検査	<input type="checkbox"/> 単純 部位	<input type="checkbox"/> 造影 部位
断層撮影検査	<input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側面) <input type="checkbox"/> その他	
透視検査	<input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> その他	
内視鏡	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> その他	
超音波検査	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他	
その他の検査	<input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> その他	

地域医療連携部受付時間	本書送信先
●平日 / 8:30~20:00 ●土曜日 / 8:30~17:00 ※FAX受付は24時間可能です。 ※受付時間以降のFAXに関しては翌朝のお取り扱いとなりますのでご了承下さい。	FAX 0120-34-8199 清恵会病院 地域医療連携部 〒590-0024 堺市堺区向陵中町4-2-10 TEL 072-251-8199(代表) TEL 072-258-6075(直通)