

〔FAX送信用〕

紹介元医療機関用

令和 年 月 日

紹介患者用 診療・検査申込書 (どちらかに○を付す)

紹介元医療機関名

紹介元医師名

電話番号

FAX番号

受診科名																
受診科に ○をして ください。	内科	消化器内科	神経内科	精神科	循環器内科	小児科	外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科

 逆紹介患者のデータ提供依頼

貴院よりご紹介いただいた当該患者の、入院中の検査データ（血液・尿・感染症・その他）の提供をお願いします。貴院退院後、下記の患者より、施設入所用診断書の作成依頼がありました。

受診希望日①	令和	年	月	日	()
受診希望日②	令和	年	月	日	()
いつでもよい	その他				

フリガナ				男・女	生年月日	明 大 昭 平 令	年	月	日	才
受診者名	様									
住所	〒 -				電話番号					
					- -					
希望検査項目	CT (部位:		単純のみ・単純+造影・造影のみ)							
	MRI (部位:		単純のみ・単純+造影・造影のみ)							
医師の指定	なし・あり		医師名 ()							
備考										
患者様の 保険情報	保険証番号				被保険者氏名					
	記号・番号				本人					
	資格取得				家族					
	有効期限				高齢受給 負担割合		1割		3割	
	公費負担番号									
	公費負担番号				高齢福祉医療		77		78	

※ 新型コロナウイルスの感染拡大予防のため、別紙「コロナウイルス問診票」も必ず記載して下さい。

※ 患者様のカルテを作成いたしますので、この用紙に記載しFAXしてください。

※ 患者様の来院時には診療予約票（検査予約票）、紹介状（診療情報提供書）、保険証を、また、検査予約の場合はCT・MRI検査依頼書を提示していただきますようお願いいたします。

北秋田市民病院 患者サポートセンター内
地域医療連携室

〒018-4221 北秋田市下杉字上清水沢 16-29

TEL 0186-62-7001 (代表)

FAX 0186-78-9508 (専用)