〔**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 | 腫瘍内科 | 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 |   患者様の  保険情報 | | | | |

* 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）、保険証を提示してください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 0186-62-7011（直通）

　　 　　　　　 ＦＡＸ 0186-78-9508（専用）