

申込日:令和 年 月 日

亀岡病院 地域連携室 行 (FAX 0771-22-9200)


**紹介患者様事前受付 FAX用紙(検査依頼)**

紹介元医療機関名		電話番号	
担当医		FAX番号	

**検査希望日**

第一希望	月 日 ( )	第三希望	月 日 ( )
第二希望	月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 特になし	

**検査依頼 該当の項目にチェック及びご記入をお願いします。**

<input type="checkbox"/> MRI 撮影部位( ) [ <input type="checkbox"/> 単純 ・ <input type="checkbox"/> 造影 ] ・心臓ペースメーカー [ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ] ・冠動脈クランプ [ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ]		※造影剤 要の場合 eGFR _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> CT 撮影部位( ) [ <input type="checkbox"/> 単純 ・ <input type="checkbox"/> 造影 ] ・造影剤(要)の場合 ビグアナイド系糖尿病薬 [ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ]		測定日 _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 [ <input type="checkbox"/> 経口 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻 ] <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー	※造影検査、胃カメラ、大腸ファイバー検査の場合、 検査前に一度診察に来ていただき注意事項等の 説明をさせていただきます。	

**患者情報**

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	T・S H・R 年 月 日
住所	〒 _____ 電話( ) - _____		

**保険情報 ※保険証の写しを送付していただいても結構です**

保険者番号		公費負担者 番号	
記号・番号		公費受給者 番号	
資格取得日		有効期限	
有効期限		負担割合	
被保険者	本人 ・ 家族	続柄	

お問い合わせ

医療法人亀岡病院 地域連携室

受付時間:月曜/水曜/木曜8:30~17:00 火曜/金曜8:30~19:00

TEL:0771-22-0341

FAX:0771-22-9200

※FAX受信後、折り返し「受診日のご案内」をFAX送信させていただきます。

申込日:令和 年 月 日

亀岡病院 地域連携室 行 (FAX 0771-22-9200)

紹介患者様事前受付 FAX用紙(診察依頼)

紹介元医療機関名		電話番号	
担当医		FAX番号	

診察依頼

主症状・病名			
受診希望日			
第一希望	月 日 ( )	第三希望	月 日 ( )
第二希望	月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 特になし	

受診希望科に○印をつけてください

				※その他の診療科は予約制ではなく 当日受け付け順のご案内となっております。
内科	脳神経内科	物忘れ外来	泌尿器科 (腎臓内 科)	

希望する医師( ) ・ 特に希望無し

患者情報

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	T・S H・R 年 月 日
住所	〒		
		電話( )	-
当院受診歴	有 無 不明	貴院では	外来通院中 ・ 入院中

保険情報 ※保険証の写しを送付していただいても結構です

保険者番号		公費負担者 番号	
記号・番号		公費受給者 番号	
資格取得日		有効期限	
有効期限		負担割合	
被保険者	本人 ・ 家族	続柄	

お問い合わせ

医療法人亀岡病院 地域連携室

受付時間:月曜/水曜/木曜8:30~17:00 火曜/金曜8:30~19:00

TEL:0771-22-0341

FAX:0771-22-9200

※FAX受信後、折り返し「受診日のご案内」をFAX送信させていただきます。