

紹介状(診療情報提供書) 兼 診療申込書

令和 年 月 日

〒989-1253 宮城県柴田郡大河原町字西38番地1

みやぎ県南中核病院

医療機関名

科 先生 所在地

地域医療連携室行 FAX 0224-51-5506

担当科

科

電話 0224-51-5526

医師名

電話

F A X

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日生
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令		(満	歳)
住所(〒	—)		職業			
				電話番号	()—	—
傷病名							
症状							
紹介目的							
※CT・MRIの検査及び診断							
造影剤希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紹介先判断		体内磁性体の有無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 無	
検査部位 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 (
撮影方法と断面の希望 <input type="checkbox"/> 紹介先判断 <input type="checkbox"/> その他 (造影の場合:腎機能 (BUN:		Cr:)	
既往歴							
家族歴							
症状経過							
治療経過							
検査結果							
処方内容							
保険	保険者番号	記号			番号		
	被保険者氏名				区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
	1 公費負担者番号	公費受給者番号					
	2 公費負担者番号	公費受給者番号					
<input type="checkbox"/> 電話にて県南中核病院医師に連絡済み				※自己負担割合(外来)		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
診察希望日時	第1希望	月	日	時	分頃		
	第2希望	月	日	時	分頃		
	その他の希望						
<input type="checkbox"/> 電話にて患者さんから予約希望日連絡							

□ 地域連携室受付時間 平日 8:30~17:00 ※FAXは翌日受診分については、前日の15時迄にお送り下さい。

① FAXの受付は、24時間随時行っておりますが、休診日と上記時間帯以外のお申し込みにつきましては、誠に勝手ながら翌日もしくは休み明けに回答させて頂くこととなりますのでご了承ください。

□ 病院休診日: 土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12/29~1/3)

② 電話でお申し込み頂いた場合も、あとでこの用紙をFAXしてお送りいたしますようお願いいたします。

みやぎ県南中核病院