

<紹介連絡・予約申込>(様式1)

(申込年月日:令和 年 月 日 午前・午後 時 分)

依頼先 岐北厚生病院								依頼元 病院・医院 医師							
医師 先生								TEL FAX							
公費負担者番号								保 険 者 番 号							
公費受給者番号								記 号 ・ 番 号							
フリガナ								資 格 取 得 昭和・平成・令和 年 月 日							
氏 名								有 効 期 限 令 和 年 月 日							
								事 業 所							
生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 () 歳								保 険 者 ・ 市 町 村 国保組合所在地 乳 ・ 重 ・ 父 母							
住 所 〒															
電 話 番 号 () -								有 効 期 限 平成・令和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 ま で							
被保険者・所帯主氏名															
被保険者・所帯主との続柄								受診者の負担率 窓口 割 本人・家族・その他 ()							
診断名または症状:															
希望診療科: 科 希望担当医師名:															
検査・診察希望日: ☐ 希望なし 第1希望 年 月 日 () 第2希望 年 月 日 ()															
A. 検査 依頼検査項目(方法:部位)(造影法) ・CT (:)(造影あり: ・無し) ・MRI (:)(造影あり: ・無し) ・胃カメラ(食道・胃・十二指腸・) ・大腸ファイバー() ・超音波検査(部位)() ・その他 []								B. 診察 依頼事項: _____ _____ _____ _____ _____ _____							