

# FAX予約申込書

年 月 日

(紹介先) 公立学校共済組合四国中央病院 (紹介元)

住 所 \_\_\_\_\_  
 科 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

**【地域医療連携室】**

TEL (0896)58-2118  
**FAX (0896)56-6081**

貴院担当者 \_\_\_\_\_  
 TEL ( ) -  
 FAX ( ) -

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名			年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 _____		TEL _____ 携帯 _____
希望日時	第一希望 _____年 月 日( )		午前・午後 _____時 分頃
	第二希望 _____年 月 日( )		午前・午後 _____時 分頃
受診不可日			
紹介目的	1. 受診依頼(外来受診・入院治療)      2. 検査依頼      3. 手術依頼 4. その他( )		
主 症 状	隔離が必要とされる感染症の疑いの有無 ( 有 ・ 無 ・ 不明 ) ※紹介状添付ある場合は不要です		
連絡事項等			

※ 診療情報提供書のFAXも合わせてお願いいたします。

■ 依頼検査 (□依頼項目に ■ をつけてください。)

- 生理検査関係     心エコー     脳波     筋電図     ホルター心電図     動脈硬化検査  
 腹部超音波     乳腺超音波     睡眠時無呼吸検査
- 内 視 鏡 関 係     胃内視鏡検査     大腸内視鏡検査(要内科受診)
- 画像診断関係     単純     造影剤使用→(クレアチニン値 \_\_\_\_\_ mg/dl)
- C T     頭部     頸部     胸部     腹部     骨盤  
 整形領域(部位 \_\_\_\_\_)  
 冠動脈 (要内科受診)
- M R I     頭部     頸部     腹部     MRCP     骨盤  
 頸椎     腰椎     膝(右・左)     その他( )
- シンチグラム     脳血流     負荷脳血流     心筋     負荷心筋  
 骨     ガリウム     その他( )
- そ の 他     胃透視     注腸透視     骨塩定量

■ カルテ作成のため下記の記載をお願いいたします。(保険証の写し、又は貴院カルテの写し添付も可)

医療保険

保険者番号		資格取得	年 月 日
記号・番号	_____	枝番 ( )	被保険者氏名 _____ 続柄 _____
事業所名称	_____	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

公費負担医療受給者票

①	負担番号	受給者番号	有効期限
②	負担番号	受給者番号	有効期限

■ 折り返し、紹介患者予約通知書をFAXいたしますので、患者さんにお渡してください。

※ 平日8:30~16:30までの受信分については、当日中にご回答させていただきます。