

患者さん同意のもと、連絡・予約申込票を送ります。

依頼先	西美濃厚生病院			依頼元	病院・医院・クリニック																	
フリガナ				医師名																		
氏名			男・女	旧姓	電話	FAX																
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)			保険者番号																		
					記号・番号																	
					資格取得日	昭和・平成 年 月 日																
					有効期限	平成 年 月 日																
住所	〒			事業所名・住所																		
	電話番号 ( )			保険者・市町村																		
被保険者名				公費負担者番号																		
続柄				公費受給者番号																		
負担率	窓口 割			乳・重・母・重老																		
				有効期限	平成 年 月 日																	

希望診療科		希望医師名	
診断名又は症状：			
希望日	第1希望 年 月 日	第2希望 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> その他 ( )		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )		
依頼検査項目	<input type="checkbox"/> CT    部位( )    単純・造影    読影(有・無) <input type="checkbox"/> MRI    部位( )    単純・造影    読影(有・無) <input type="checkbox"/> 超音波検査    部位( )    単純・造影    読影(有・無) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査    部位〔 上部消化管    下部消化管    ERCP    気管支    膀胱 〕 <small>※ 部位によっては、当日検査を行えないものもあります。詳しくは、お問い合わせください。</small> <input type="checkbox"/> RI検査    部位〔 脳血流    甲状腺    心筋    骨    腫瘍    その他( ) 〕 <input type="checkbox"/> 骨塩定量検査 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 直腸・肛門鏡 <input type="checkbox"/> 聴力機能検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 注腸造影(予約日が検査前診察となり、次回受診時に検査となります。) <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査(ABI) <input type="checkbox"/> 末梢神経伝道速度(NCV) <input type="checkbox"/> 膀胱機能検査 <input type="checkbox"/> サーモグラフィー <input type="checkbox"/> 骨髄生検(マルク) <input type="checkbox"/> 脳波測定 <input type="checkbox"/> その他 ( )		