

聖隷袋井市民病院 患者情報連絡票(外来用)

外来受診申し込みのため、患者様の基本情報(上段太枠部分)についてご記入ください。

保険情報については保険確認の画面のコピー添付でも結構です。お手数おかけしますがよろしくお願い申し上げます。

フリガナ				保険者番号			
氏名	様	男 ・ 女	記号		番号		
			区分	本人 ・ 家族			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日			後期高齢者・重度障害者医療費助成 等()			
現住所	〒 —			市町村番号			
				受給者番号			
電話	() —			負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		

<u>1. 受診科</u>	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 認知症外来 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 内科(内視鏡検査)※予約時間の30分前に来院ください。 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 整形外科
<u>2. 予約日時</u>	令和 年 月 日 時 分
<u>3. 診療目的</u>	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院希望
<u>4. 検査種目</u>	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー (検査目的)
<u>5. 検査項目</u>	【CT・MRI】 頭 部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 側頭骨() 頸 部 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 胸 部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 肺野 腹 部 () 骨盤部 () 大血管 () 脊髄・脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 【エコー】 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 腹部
<u>6. 特別事項</u>	

医療機関名:

TEL:

予約時間の15分前までに来院ください。
 来院されたら初診受付に保険証持参の上、予約したことをお伝えください。
 受診予約時間に来院できない場合やご不明な点は地域医療連携室までご連絡ください。

※ 内視鏡検査の場合は予約時間の30分前までに来院ください。

問い合わせ先

● 聖隷袋井市民病院 地域医療連携室
 TEL 0120-115-272
 FAX 0538-41-2812