

--

# FAX 0574-66-1581

受付時間: 8:30 ~ 17:00 (月~土) 17:00 以降のお申し込みは翌営業日の返信となります

放射線検査の電話でのご予約は 0574-66-1328 にて承っております  
17:00 以降は代表電話(0574-66-1100)より担当者にお繋ぎします

紹介元情報													
紹介元医療機関名					医師名								
TEL					FAX								
患者様情報													
フリガナ								性別					
患者氏名								男・女					
生年月日		大正・昭和・平成・令和			年 月 日		( 歳 )						
住所		〒			電話		—		—				
					携帯		—		—				
下記点数を算定している場合、レ点をご記入ください <input type="checkbox"/> C002 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> C002-2 特定施設入居時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> C003 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> C100~C116 在宅療養指導管理料													
紹介先情報													
紹介先診療科					希望医師名			□ 医師指定なし					
診断名又は症状					□ 別紙情報提供書のとおり								
希望診察日		第1希望		月 日		第2希望		月 日					
						第3希望		月 日					
								□ 希望なし					
紹介目的					以下該当する箇所にレ点をご記入ください								
<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td> <input type="checkbox"/> 胃カメラ ( 月 日 予約済 )  <input type="checkbox"/> 心臓CT (320列CT)                             </td> </tr> </table>					{	<input type="checkbox"/> 胃カメラ ( 月 日 予約済 ) <input type="checkbox"/> 心臓CT (320列CT)	<input type="checkbox"/> データCDの添付あり <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定あり 月 日) <input type="checkbox"/> 地域連携パス <input type="checkbox"/> 日本語対応不可(使用言語: 語)						
{	<input type="checkbox"/> 胃カメラ ( 月 日 予約済 ) <input type="checkbox"/> 心臓CT (320列CT)												
<input type="checkbox"/> 担当医師へ連絡済													
報告書が不要な場合のみ、レ点をご記入ください <input type="checkbox"/> 報告書不要					産婦人科をご予約の場合は以下ご記入ください ・身長 cm      ・飲酒(する・しない) ・体重 kg      ・喫煙(する・しない)								
救急へ紹介の場合、以下にレ点をご記入ください													
来院方法 <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 自家用車</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;">                             こちらからお問い合わせをする場合があります                              時間外の紹介の場合は緊急連絡先をご記入ください                              連絡先 ( )                         </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 救急車</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 施設車</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 自家用車	こちらからお問い合わせをする場合があります 時間外の紹介の場合は緊急連絡先をご記入ください 連絡先 ( )	<input type="checkbox"/> 救急車	<input type="checkbox"/> 施設車					
<input type="checkbox"/> 自家用車	こちらからお問い合わせをする場合があります 時間外の紹介の場合は緊急連絡先をご記入ください 連絡先 ( )												
<input type="checkbox"/> 救急車													
<input type="checkbox"/> 施設車													