

紹介連絡・予約申込票

(申込年月日: 年 月 日 午前・午後 時 分)

依頼先 朝日大学病院					依頼元 病院・医院: 電話				
					医師 FAX				
公費負担者番号					保険者番号				
公費の受給者番号					記号・番号				枝番
フリガナ					有効期限	年	月	日	
氏名				男・女	資格取得	年	月	日	
					事業所				
生年月日	年	月	日	(才)	保険者・市町村	電話			
住所	〒 電話				国保組合所在地				
					下記の有効期限	年	月	日	
被保険者・世帯主氏名					乳・重・母子				
職業		世帯主・被保険者との続柄			特定疾患				
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:

検査・診察希望日 月 日	B 診察 希望診療科
	希望担当医師名
A 検査 希望事項または依頼検査項目(部位)(造影法)	依頼事項
・CT () (造影あり: _____ ・無し)	
・MRI () (造影あり: _____ ・無し)	
・MRA ()	
造影ありの場合 (クレアチニン値 または e-GFR 値)	
・胃カメラ(食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査・)	
・大腸ファイバー()	
・超音波検査(部位)	
・その他()	
・電話連絡(済 ・ 未)	
	C 開放型病床への入院依頼 (一般病床)
	希望入院日 年 月 日
	希望診療科
	希望担当医師名

返信・予約控

先生 年 月 日

患者の氏名 _____ 様 予約日 月 日 () 午前・午後 時 分

当日は、 時 分までに1階総合受付へ、本状、診療情報提供書、保険証、医療費受給者証、お薬手帳等を持っておいでください。以前当院で受診されたことがある方は当院の診察券もお持ちください。

その他の指示 (_____)

朝日大学病院 科

担当医 _____ 電話 058-253-8001(代) FAX 058-253-8910