

診療情報提供書(診察・検査依頼)

病診連携室/直通電話(0587)51-3344・FAX(0587)51-3343

J A愛知厚生連 江南厚生病院

年 月 日

科 先生

*依頼 診察・ 検査(CT)

*予約 有・ 無

【希望日時】 年 月 日 (:)

*保険証のコピーをFAXされる場合は保険の記入は不要です。

病医院名
医師名
印
TEL () - FAX () -

受診者	フリガナ		住所	〒 _____ - _____
	氏名	様(旧姓) _____		
	男女	明・大・昭・平 年 月 日生(才)		TEL () -
保険	主保険	保険者番号	記号	番号
		被保険者名	資格取得日 年 月 日	有効期限 年 月 日
	公費	子障母傷結精 原特疾前高後高福	負担者番号	受給者番号
		負担割	割	資格取得日 年 月 日

検査項目・CT

撮影部位の詳細を記入：

傷病名・紹介目的

フィルム患者持参 (有・無)

既往歴・現在の処方など(患者に関する留意事項)

HB S抗原 ()

HCV ()

梅毒 ()

MRSA ()

症状及び治療経過

* 予約票をFAX返信致しますので患者様にお渡し下さい。受付時間以降は翌診療日 8:30 以降の返信となります。

* 緊急時や入院要請は下記代表電話にて、歯科口腔外科へ直接ご連絡をお願い致します。

代表電話(0587)51-3333・FAX(0587)51-3300

スキャン済
FAX・江南厚生病院用