

豊橋医療センター病診連携室 FAX 番号:0532-62-0433

豊橋医療センター 紹介受診者票

(様式1)

(紹介医→K-MCR)

豊橋医療センター

年 月 日

科 御中

ア. 担当医

医療機関名

担当医 \_\_\_\_\_ 先生 希望

担当医は病院の診療体制にゆだねる

医師名

イ. 診療希望日

TEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 希望

FAX \_\_\_\_\_

診療日は病院の診療体制にゆだねる [都合の悪い日があればご記入ください \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日]

氏名		男・女	住所	
生年月日	M.T.S.H.R	年 月 日	TEL	( ) -
豊橋医療センター受診実績	有・無	年 月 頃		科
<input type="checkbox"/> 緩和ケア外来受診申込 <input type="checkbox"/> ①受診者 <input type="checkbox"/> 本人と家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> ②入院希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
<input type="checkbox"/> 放射線治療 外来受診申込      現疾患の治療歴 <input type="checkbox"/> ①手術歴 ( ) <input type="checkbox"/> ②化学療法歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ③放射線治療歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ④入院希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
<input type="checkbox"/> アイソトープ検査申込 (※ 担当は脳神経外科で火曜日の8:30のみです。) <input type="checkbox"/> 脳血流安静 ECD <input type="checkbox"/> 脳血流安静 IMP ・読影レポート <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (チェックがない場合は読影レポート不要と判断いたします) <b>【既往歴】</b>  <b>【検査の目的・具体的指示等】</b>  				
<b>【通信欄】 ※ 紹介状につきましては、貴院様式のものごの添付をお願いいたします。</b>    				
<input type="checkbox"/> ①緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ②入院の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ③ 救急車使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
保険 証 情 報	主 保 険	保険者番号	記号番号	本人・家族
				本人・家族
	主 ・ 従	公費負担者番号	受給者番号	割 合
				割