

豊橋医療センター 紹介受診者票

《病診連携室 FAX 番号 : 0532-62-0433》

(様式 1)

豊橋医療センター

年 月 日

科 宛

① 担当医

☐ 担当医 _____ 先生 希望

☐ 担当医は病院の診療体制にゆだねる

医療機関名 _____

医 師 名 _____

② 診療希望日

☐ _____ 月 _____ 日 希望

☐ 診療日は病院の診療体制にゆだねる

TEL _____

FAX _____

〔都合の悪い日があればご記入ください _____ 月 _____ 日〕

③ 患者情報

フリガナ				男	住		
氏名	(旧姓:)			・	所		
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	TEL	(固定) ()	—
						(携帯) ()	—
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	
	公 費	公費負担者番号		受給者番号		割 合	
						割	

④ 緩和ケア外来受診申込

①受診者 ☐ 本人と家族 ☐ 家族のみ ②入院希望 ☐ 有 ☐ 無

⑤ アイストープ検査申込 (※ 毎日 8 : 30 予約のみです。1 週間前までにお申し込みください。)

☐ 脳血流安静 ECD ☐ 脳血流安静 IMP ☐ 心筋交感神経 MIBG ☐ DAT スキャン

+ ☐ 脳単純 MRI 検査 or ☐ 頭部単純 CT 検査

・読影レポート ☐ 要 ☐ 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)

【既往歴】

【検査の目的・具体的指示等】

⑥ 紹介目的

☐ 別紙診療情報提供書のとおりに

① 緊急性 ☐ 有 ☐ 無 ② 救急車使用 ☐ 有 ☐ 無