

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

T E L _____

F A X _____

[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 ・ 女	住 所			
氏名	(旧姓: _____)						
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	
	公 費	公費負担者番号	受給者番号			割 合	

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 アイソトープ検査申込 (※ 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

- -----
① 緊急性 有 無 ② 救急車使用 有 無