

# 診療申込書(検査・診察予約票)

(国立函館病院宛)

記載日 年 月 日



## 国立函館病院

地域医療連携室 宛

〒041-8512 函館市川原町18番16号

直通FAX **0120-750-766**

直通TEL 0138-51-3876

紹介元医療機関
医師氏名 _____ 科 _____
FAX( ) - TEL( ) -

フリガナ 患者様氏名	住所
(男・女)	電話番号 ( ) -
生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日 年齢 歳	国立函館病院受診歴：なし・あり
自施設患者ID	※道南Medlka導入施設の場合は記入願います。

### ■紹介目的■ をお願いします

診察依頼   
 検査依頼   
 入院依頼   
 その他( )

### 診察依頼・入院依頼

希望診療科 (入院または外来診察時)	医師の指定は 無・有 ( ) (医師)
( )科	第1希望( 月 日 AM・PM ) 日時の指定は 無・有 第2希望( 月 日 AM・PM )

### 検査依頼

希望日 第1( 月 日) 第2( 月 日) 大至急 1週間以内 特になし 午前・午後

検査	撮影部位	撮影方法	画像	読影
<input type="checkbox"/> MRI	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 心臓(冠動脈)	(単純・造影)	<input type="checkbox"/> 持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送	(要・不要)
<input type="checkbox"/> CT	大血管 下肢動脈 乳腺 その他( )			
<input type="checkbox"/> RI	脳 甲状腺 心筋 肺 肝 副腎 腎 骨 Ga その他( )			

主訴または 傷病名	連絡事項(詳細は診療情報提供書にご記載下さい)
症状・治療経過 現在処方等(別紙可)	

### 要望事項・留意事項

患者様の状態	体内金属 : 無・有(ペースメーカー、その他)
ADL <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	手術経験 : 無・有( )
	薬剤アレルギー : 無・有(造影剤、抗生剤、その他)

保険者番号	
記号	番号
被保険者氏名	
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
負担割合	1割・2割・3割

公費負担者番号	
公費負担受給者番号	
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
公費負担者番号	
公費負担受給者番号	
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日

※ 本票をFAXでご提出ください。診察(検査)日が決定しましたら予約通知書をFAXで返信いたします。  
 ※ 緊急の場合は直接Dr.to.Drで電話依頼(代表0138-51-6281)をお願いします。