富山県立中央病院紹介診療予約受付票

FAX番号　０７６－４９１－７１０９

2枚目
〈ご紹介元控〉

年　　月　　日

〈初診用〉

科	医師
受診予定日時	月　　日（　　）　時　　分頃

〈検査用〉

希望検査	ＣＴ・ＭＲＩ・ＲＩ・エコー
検査部位	
検査日時	月　　日（　　）　時　　分頃

※該当がありましたら〇をご記入ください。

患者状況	移動形態　（車いす　・　ストレッチャー）	入院中（入所中）の有無　（　入院中　・　入所中　）

〈ご紹介施設様〉

紹介元医療機関名		所在地	〒　　－
医師氏名			

〈患者様〉

フリガナ				生年月日	大　・　昭　・　平	男・女
患者氏名	様	旧姓			年　　月　　日（　　歳）	
住所	〒　　－	電話　　－　　－		勤務先	電話　　－　　－	

保険者番号									公費負担番号											第1公費
記号・番号									受給者番号											
被保険者との続柄	本人・家族	資格取得	年　　月　　日						後期・前期負担割合	1割・2割・3割	資格取得	年　　月　　日								

※　旧姓・保険証番号等はわかる範囲でご記入ください。

県立中央病院受診歴	有（　　年　　月頃）　・　無　・　不明

※富山県立中央病院開放型病床登録医　の方へ
入院の場合　開放型病床の利用希望　（ 有 ・ 無 ）

※富山県医療連携ネットワーク(診療工房)ご利用　の方へ
カルテ参照希望　（　有　・　無　）

主訴又は病名・症状
紹介目的
既往症及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在処方

地域連携室　直通電話　076-491-7160（予約受付専用） FAX　076-491-7109	初診受付時間 8:30～11:00 ただし、CT・MRI・RIはこの限りではありません	添付資料　（　有　・　無　） X－P・ECG・内視鏡フィルム・検査データ・ECHO その他　（　　）