

富山県立中央病院紹介診療予約受付票

FAX番号 076-491-7109

1枚目
 <FAX・患者さん用>
 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○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	大・昭・平	男・女
患者氏名	様 旧姓	生年月日 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)

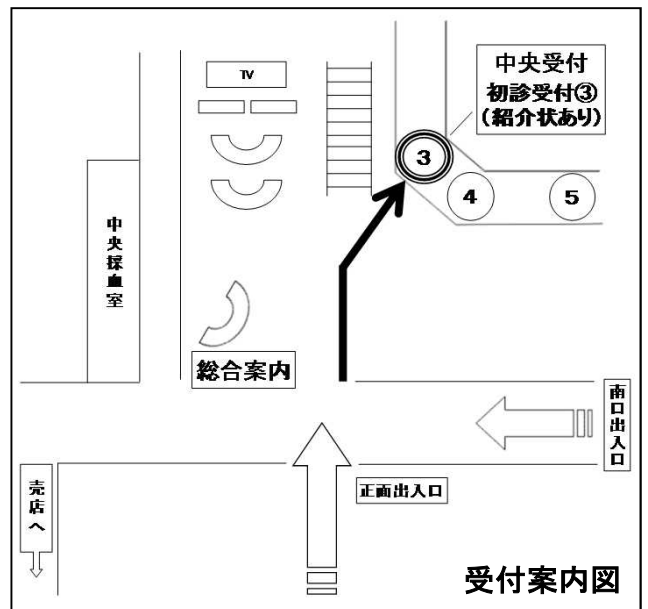
医療機関の方へ

- ★地域連携室での予約は平日の8時30分から17時まで 土曜日は8時30分から12時30分まで にお電話ください。
- ★紹介診療予約受付票に予約内容をご記入のうえ、1枚目を地域連携室にFAXでお送りください。送信後は患者さんにお渡しください。
- 2枚目、3枚目につきましては、紹介状としてご利用いただき、2枚目は貴院控えとなります。

患者さんへ

- ★予約当日は
 - ・外科受診・整形外科受診は 予約時間の1時間前までに
 - ・上記以外の科の受診は 予約時間の30分前までに
 3番初診受付(紹介状あり)へお越しになり、この紹介診療予約受付票 と 紹介状 をお出し下さい。
 - ・保険証
 - ・診療券(中央病院の診療券をお持ちの場合)
 - ・服薬中の方はお薬情報のわかるものを忘れずにお持ち下さい。(診療申込書のご記入は不要です。)
- ★予約された当院の医師が不在の場合、他の専門医師が診察させて頂く場合がありますので、ご了承下さい。
- ★予約当日に、来院できない場合は、紹介元医療機関を通してご連絡下さい。

(富山県立中央病院 代表電話 076-424-1531)



受付案内図

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〉

〈検査用〉

科	医師
受診予定日時	月 日 () 時 分頃

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○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		大・昭・平	男・女
患者氏名	様 旧姓	生年月日	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 ()
-------	---	---	---

富山県立中央病院紹介診療予約受付票

FAX番号 076-491-7109

3枚目
 <中央病院控>
 年 月 日

<初診用>

<検査用>

科		医師	
受診予定日時	月 日 ()	時	分頃

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○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		
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 ()