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 日 日

<u>〈初診用〉</u>						<u>〈検査用〉</u>					4		Я	
	科			医	師	希望検査	Ē (CT·M	IR:	[• F	₹ I	• д	- =	_
受診予定 日時	月	日() 時	Ŧ	分頃	検査部位								
└────────────────────────────────────					検査日時	Ŧ	月	日()		時	5	}頃	
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)								
くご紹介施設権	. 美>													
紹介元医療 機関名						所在地	₹	_						
医師氏名						W 12-8								
〈患者様〉	•													
フリガナ				ı		4 7 0 0	ナ	. · 昭		平		令		
フリガナ		ŧ:	^集 旧姓			生年月日	J	年	· 月	平 日		令 歳)	男	• 女
患者氏名	〒 -	電話	様 旧姓 -				,			日			男 	· 女
	〒 -		11071			生年月日勤務先	J		月	日	(• 女
患者氏名	7 -		11071		公費負担番号	勤務先	7		月	日	(・女
患者氏名	7 -		11071		公費負担 登番 给号	勤務先	<i>*</i>		月	日	(
患者氏名 住所 保険者番号 記号·番号	一一 一	電話	_		番号 受給者 番号	勤務先			電	日	_			第1
患者氏名 住所 保険者番号 記号・番号 被保険者との 続柄		得 年		- 日	番号 受給者 番号 後期·前	勤務先 動務先 前期負担割	合	年 1割・2割・3害	電	括	_	歳)	-	第1 公費
患者氏名 住 所 保険者番号 記号・番号 被保険者との 続柄	人•家族 資格取	電話 得 年 紅番号 等		- 日	番号 受給者 番号 後期·前	勤務先 動務先 前期負担割	合	年 1割・2割・3害	電調	括	_	歳)	-	第1 公費

※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

•保険証

- ★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。
 - ・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)

