

すずかけセントラル病院 外来受診・検査依頼申込書(医療機関用)

電話予約後に紹介状と、申込書をご記入いただき、FAXにてご送信をお願いいたします。

FAX : 053-443-0166

年 月 日

様式-1

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男・女	年	月 日
※紹介状記載内容と同じ場合は、下記の□にレ点をお願いします。					
☐ 紹介状の住所と同じ ☐ 紹介状の電話番号と同じ ※レ点ありの場合は、下記該当欄に記載必要なし					
住所	〒(-)				
電話番号	() -	携帯	- -	(本人・)	
保険区分	国保 ・後期 ・協会 ・組合 ・共済 ・労災 ・公費 ・その他()				
保険者番号			記号番号		
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割				
本人・家族	本人 ・ 家族	資格取得年月日	年 月 日		
公費負担番号			受給者番号		

予約日時	月 日 曜日 午前 午後 時 分 医師					
受診科	* 希望される診療科を○で囲んでください。					
	1	総合診療科	8	整形外科	15	麻酔科(痛み外来)
	2	外 科	9	脳神経外科	16	血液内科
	3	呼吸器内科	10	乳腺・甲状腺科	17	脊椎センター
	4	呼吸器外科	11	内分泌内科	18	放射線治療センター
	5	消化器内科	12	形成外科	19	放射線科
	6	循環器内科	13	血管外科	20	総合内科
	7	泌尿器科	14	眼 科	21	
検査依頼	* 希望される検査を○で囲んでください。					
	1	CT	単純・造影	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・胸椎・腰椎・頸椎		☐ MRCP
	2	MRI・MRA		全身・前立腺・四肢・その他()		
	3	一般X線撮影	部位()			
	4	超音波検査	心臓・腹部・頸部・甲状腺・血管・泌尿器・体表リンパ			
	5	生理検査	心電図・ホルター心電図・肺機能・ABI・脳波			
紹介状	☐ 郵送 ☐ 本人持参 ☐ FAXのみ (画像 ☐ 有 ☐ 無) 予約 ☐ 本人より連絡					
備 考						



すずかけ
セントラル病院

〒432-8054

静岡県浜松市南区田尻町120-1

TEL: 053-443-0177(地域連携室直通)

FAX:053-443-0166(")

TEL: 053-443-0111 (代表)

紹介元医療機関名・住所・電話・FAX