

# 地方独立行政法人 市立吹田市民病院 診察・検査 依頼書

## 《スーパー病診》

平成 年 月 日

**【紹介先】**

市立吹田市民病院 地域医療連携部  
 TEL 06-6387-3805 (直通)  
 06-6387-3311 (内線 2151)  
 FAX 06-6387-3315 (直通)

**【紹介元】**

医療機関名
住所
医師名
TEL
FAX

下記の方について (  診察  検査 ) を依頼します。

診療情報提供書(紹介状)と保険証等は、本人が診察、検査日に持参します。

<b>診 察</b>	診療科 科 医師指定 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 先生)
	希望日 平成 年 月 日 ( 曜日 ) ( <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 )
<b>検 査</b>	希望日 平成 年 月 日 ( 曜日 ) ( <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 )
	<input type="checkbox"/> CT (部位 造影 ( + - )) <input type="checkbox"/> 単純 X-P ( ) <input type="checkbox"/> MRI (部位 造影 ( + - )) <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 (胃十二指腸 ・ 大腸) <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 <input type="checkbox"/> エコー ( 腹部 ・ 甲状腺 ・ 心臓 ・ 頸動脈 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> RI ( 骨シンチ ・ ガリウム )
	<b>【 フィルム希望 <input type="checkbox"/> CD-R希望 <input type="checkbox"/> 】</b>
紹介目的 (簡単で結構ですので記入をお願いします。受診当日に診療情報提供書をお持ち下さい)	
市立吹田市民病院 受診歴 ( 有 ・ 無 ) 交通手段 ( 徒歩 ・ 車 ・ 介護タクシー ・ 救急車 )	

**【保険情報】**

\* 当院の診察券をお持ちの方は、氏名、性別、生年月日だけで結構です。

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
氏 名	(旧姓 )	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 - - - - - Tel - - - - -		
保 険	記 号	番号	
	保険者番号	区分	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族
公 費	負担者番号	有効	平成 年 月 日
	受給者番号	期限	まで
老人一部負担金免除	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		

\* 個人情報の取扱いについて

当院では、診療及び病院の運営管理に必要な範囲においてのみ、患者様の個人情報を収集及び利用いたします。診療目的以外では、他の病院等への紹介、ご家族への病状説明、院内での症例研究、診療報酬の請求などに利用いたします。ご不明な点は、病院総務室 個人情報保護相談窓口までお問い合わせください。