

県立柏原病院患者紹介票（地域医療連携室）

（地域連携室直通 TEL 0795-72-4270 FAX 0795-72-4892）

施設名 _____

医師名 _____

TEL _____ FAX _____

ふりがな
患者氏名 _____ (男・女)

生年月日 M.T.S.H 年 月 日 (才)

住 所 _____

自宅電話 _____

受診第1希望日 月 日 ()
第2希望日 月 日 ()

受診希望科 _____ 科

医 師 名 _____ 医師

希 望： 精査・診断 治療・観察
入院 手術 検査

保険証（主保険）
保険者番号： _____
記 号： _____
番 号： _____
(本人・家族)

保険証（副）
公費負担者番号： _____
公費受給者番号： _____

県立柏原病院受診歴の有無 有 ・ 無
(平成 年 月頃)

既受診科 _____ 科

<ご紹介内容点>

主訴：病名：既往症：家族歴：症状経過

検査結果：治療経過：現在の処方

(紹介の目的)

(希望する検査等) (部位名)	CT	MRI	MRA	造影
CDRコピー		要		不要
データフォーマット			DICOM・JPEG	
フィルムコピー		要		不要
読影		要		不要
フィルム貸し出し		要		不要
(その他検査名)				
フィルムコピー		要		不要
読影		要		不要
フィルム貸し出し		要		不要

(医院 県立柏原病院)

注1： 画像検査は、検査予約が可能です。目的、対象臓器、方法などを明記してください。

注2： 内視鏡検査は、外来診察後に検査予約日を受診科で決定します。

注3： 専門外来は、予約制をとっていますので、初診は原則として行いません。