（様式12）

紹 介 受 診 者 票

（紹介医 → M.C.R）　＊M.C.R FAX(0532)33-3037

豊橋市民病院　　平成　　年　　月　　日

科　御中

ア．担当医

☐担当医　　先生希望

☐担当医は病院の診療体制にゆだねる

イ．診察希望日

☐　　月　　日希望

☐診察日は病院の診療体制にゆだねる

☐できる限り早い日程を希望（理由：　　）

医療機関名

医　師　名

電　　話　　－　　－

ＦＡＸ　　－　　－

登録の状況　☐登録医である　☐登録医でない

ﾌﾘｶﾞﾅ		男	住		
氏名		女	所		
生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日			TEL	－　　－

当院受診歴・☐有（ＩＤ：　　）　　年　　月頃　　科　・☐無　・☐不明

１．高度医療機器利用申し込み

（登録医の記載欄）

☐ＣＴ　☐ＭＲＩ　☐ＲＩ

☐心臓エコー　☐頚動脈エコー

★部位記入欄【　　】

☐胃内視鏡　☐骨塩定量測定

（非登録医の記載欄）

☐ＣＴ　☐ＭＲＩ　☐ＲＩ

★部位記入欄【　　】

☐胃内視鏡

２．がん地域連携パス申し込み（登録医・非登録医共通）

☐定期受診

☐臨時受診　　理由：☐発熱、白血球減少　☐下痢　☐腹痛　☐呼吸困難、操作

☐全身状態悪化　☐その他（　　）

３．緩和ケア外来申し込み（登録医・非登録医共通）

☐身体的痛み　☐精神的痛み

４．診断名（疑い）、症状、検査目的を簡単にご記入ください（登録医・非登録医共通）

５．保険証等コピー添付覧（登録医・非登録医共通）（添付しきれない場合は、別紙にて送付ください）

（登録医のみお答えください）

※本患者さんが入院となった場合は、開放型病床の利用を希望　☐する　☐しない　☐どちらでもよい