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　　医療機関名

□担当医は病院の診療体制にゆだねる

イ.診察希望日　　医 師 名

□　　月　　日 希望　　ＴＥＬ

□診察日は病院の診療体制にゆだねる　　ＦＡＸ

ﾌﾘｶﾞﾅ		男女	住所	
氏名				
生年月日	M. T. S. H.　　年　　月　　日	TEL（　　）　　－		
市民病院受診実績	有 ・ 無	年	月頃	科

高度医療機器利用申し込み

□ CT　□ MRI　□ RI（CD ・ フィルム）　□ エコー　□ 超音波内視鏡
★部位記入欄【　　】【　　】

□ 胃内視鏡　□ 大腸内視鏡（ポリペクトミーを含む）　□その他（　　）

がん地域連携パス申し込み

□ 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　□ 全身状態悪化
□ その他（　　）

緩和ケア外来申し込み

□ 身体的痛み　□ 精神的痛み

診断名（疑い）や症状を簡単に御記入ください

保険証等コピー添付欄