

診療情報提供書 兼 茨城県立中央病院検査申込票 (至急・通常)



申込日時 平成 年 月 日

【紹介元医療機関】	【医療機関名】	【ご紹介内容】	
	【所在地】		検査種目： (紹介目的)
	【医師名】 ^④		傷病名： (診断)
	【TEL】		【症状経過及び検査結果】
	【FAX】		
【紹介患者情報】	(フリガナ) 患者氏名：	【治療経過】 【現在の処方】 【備考】	
	住所：		
	生年月日： 明大昭平 年 月 日		
	性別：男・女 年齢： 歳		
	県立中央病院受診歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有の場合↓ 【診療科名】 _____		
	【中央病院 I DNo.】 _____		
	各種検査等		<input type="checkbox"/> H B : (+, -, 未検) <input type="checkbox"/> H C V : (+, -, 未検)
			腎不全の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 Cre : BUN : 年 月 日
			アレルギー性の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (抗原・疾患)
	喘息等の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
予約日程決定上の参考事項			

【ご注意】 (必要がある場合は続紙に記載して添付してください。)

- ※必要がある場合は画像診断フィルム・検査の記録を添付してください。
- ※県立中央病院の受診歴がある患者さんは、必ずその旨を記入してください (保険証番号は記載しなくて結構です)
- ※はじめて受診される患者さんは、受診前に新規登録をおこないます。
総合カウンター②番 (新患受付) にて手続きするよう指導してください。
- ※ご不明な点は、地域医療連携室にお問合せください。

連絡先 TEL : 0296-77-1121 内線2703
FAX : 0296-78-3589