

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 令和 年 月 日

【紹介元医療機関】	【医療機関名】	
	【所在地】	
	【医師名】 ^④	
	【TEL】	
	【FAX】	
【紹介患者情報】	(フリガナ) 患者氏名:	
	住 所:	
	生年月日: 明 大 昭 平 年 月 日	
	性 別: 男・女 年 齡: 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"/> 糖 尿 病 : (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) (処方: _____) <input type="checkbox"/> ペ ー スメ ー カ ー 挿 入 : (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
		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		

【 ご紹介内容 】	
検査種目: (紹介目的)	
傷病名: (診 断)	
【症状経過及び検査結果】	
【治療経過】	
【現在の処方】	
【備 考】	

【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