

外来受診・検査・入院依頼 申込書

FAX (053) 585-2532

フリガナ		性別	来院・入院希望日	月 日 ()
氏名	様	男・女	予約時間	午前・午後 :
			保険者番号	
生年月日	年 月 日生	記号番号		
住所	〒	区分	本人・家族 (割負担)	
		後期高齢者 医療保険	保険者番号	
			被保険者番号	
TEL	自宅	公費	公費番号	
	携帯		受給番号	

診療を希望する科を○で囲んでください。

外来受診	総合内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	糖尿病・内分泌内科	肝臓内科
	腎臓内科	外科	整形外科	スポーツ整形	脳神経外科	泌尿器科
	血管外科	皮膚科	形成外科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科
	産婦人科	乳腺外科				

下記検査名・部位に○印もしくは必要検査名をお書きください。

依頼検査名	MR I 1.5 テスラ(単純・造影)	頭部・頸部・脊椎(頸・胸・腰)・腹部・骨盤・四肢・他 ()	読影結果をつけて、当日報告致します。
	CT 64 スライス(単純・造影)	頭部・眼窩・胸部・腹部・骨盤腔・他 ()	
	PET 核医学	〔 PET 無料送迎致します。 送迎希望 あり ・ なし 〕 P E T (保険 ・ 自費) シンチ・他 ()	
	超音波	心エコー・頸部エコー・乳腺エコー	
	内視鏡	食道・胃十二指腸・大腸・膀胱	
	マンモグラフィ		

入院を希望される病棟を○で囲んでください。

入院	地域包括ケア病棟 (平成 27 年 8 月開設) 急性期治療を終え在宅復帰までの間、更に生活機能の向上が必要な方、また在宅や施設からの緊急治療の受け入れにも対応。例えばリハビリが必要な骨折、外傷、脳梗塞、肺炎、緩和ケアなどの疾患に対応する病棟です。
	一般病棟
	療養病棟
	回復期リハビリテーション病棟

連絡事項

医療機関名		
	TEL ()	FAX ()

電話で申込をされる場合は、TEL : 053-586-6850 (地域医療連携室) 宛にご連絡ください。

十全記念病院 地域医療連携室

〒434-0042 静岡県浜松市浜北区小松 1700

TEL (053) 586-6850 / FAX (053) 585-2532