

十全記念病院・外来受診・検査・入院依頼・申込書

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・感染症 アレルギー内科	消化器・肝臓内科	循環器内科	糖尿病内分泌科	循環器・ 心臓血管外科
	一般整形外科	関節センター	脊椎センター	スポーツ外来	リウマチ外来	
	産婦人科	乳腺外科	眼科	耳鼻咽喉科	頭頸部 (甲状腺)外科	泌尿器科・腎臓科
	総合外科	脳神経外科	形成外科	皮膚科	歯科・口腔外科	矯正歯科

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 T ₂ (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 (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 〕 PET (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 ()
-------	---------	---------

FAX で受診・検査・入院申込をされる場合は、FAX 053-585-2532 (地域連携室)宛にお送りください。

FAX を受け取り次第、ご案内の連絡を致します。

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

担当者が予約受付致します。

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