

紹介患者事前申込書

年 月 日

日本赤十字社 愛知医療センター
名古屋第二病院
患者支援センター 地域医療連携室 宛
TEL 052-832-1121 (代表) FAX 052-832-5389
受付時間：当院診療日 (月～金) の8：30～19：00

《紹介元情報の記入をお願いします》

〒

住所

施設名

医師名

〈TEL 〃 〃 〉

〈FAX 〃 〃 〉

登録医番号

FAX送信先052-832-5389

下記の患者様について、ステレオ下バイオプシーを申し込みます。なお、検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

八事日赤の診察券番号(分かればご記入ください)

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名			旧姓()	
生年月日	T・S・H・R(西暦)	年 月 日(満 才)	※当院最終来院後、改姓された方は必ずご記入ください	
現住所	(〒 -)※郵便番号も記入ください			
電話番号	— —			

《保険記入欄》保険証・医療証のコピーFAX可

※労災・交通事故・生活保護 (該当の方は○をつけてください)

保険者番号									
記号番号/被保険者番号									
被保険者(本人・家族)	負担割合(割)								

公費負担区分	乳・障・母・福・その他()								
公費負担者番号									
受給者番号									

下記の項目についてご回答ください。また検査希望日についてご記載ください。

問診	○妊娠中ですかまたはその可能性がありますか (はい ・ いいえ)
	○アレルギー体質はありますか (はい ・ いいえ)
※本紙とともに内服薬の内容を含んだ紹介状と採血結果をお送りください。 (貴院書式でかまいません)	

指針(診療用放射線の安全利用)に従い、検査の必要性を説明しましたか(必須)	<input type="checkbox"/> 説明した		※マンモグラフィ検診をおこなうため ※説明実施後、左記にレ点を付してください		
検査希望日	第1希望	年 月 日(火)	年	月	日(火)
	第2希望	年 月 日(火)	都合の悪い日	年	月 日(火)
	第3希望	年 月 日(火)	年	月	日(火)
※希望日は火曜日のみでお願いします。やむを得ず火曜以外を希望される方は、乳腺外科山内医師宛にメールで直接ご相談ください。 メールアドレス:kohyama@nagoya2.jrc.or.jp					

※予約受付後、ご案内用紙をFAXで返信しますので、内容をご確認の上、患者さまにお渡しください。

※当検査実施後、貴院に於いて検査部位の状態確認をお願いします。

受診日・受診時間 (八事日赤記入欄)	年	月	日()	:	
-----------------------	---	---	------	---	--