

FAX送付票（受付票）

年 月 日

済生会守山市民病院

入院（ 一般病床 開放病床）

外来 科 医師・医療連携室 貴院の名称

入院・受診・検査希望日 先生の氏名

1. 月 日 午前・午後 電話（ ）

2. 月 日 午前・午後 FAX（ ）

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令	男・女
患者様氏名		年 月 日(才)		
住所		電話	()	

※カルテを準備しますので、患者様の承諾が得られた場合、下記の情報を記載下さい。

<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	資格取得日・有効期限	年 月 日	年 月 日
保険者番号			記号・番号		

公費番号①								受給者番号							
公費医療②								受給者番号							

傷病名 紹介目的	
検査名	<input type="checkbox"/> 単純X線撮影 <input type="checkbox"/> CT(単純・造影) <input type="checkbox"/> MR(単純・造影) <input type="checkbox"/> 透視造影 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> ホルター血圧計 <input type="checkbox"/> ABI/PWV(CAVI) <input type="checkbox"/> 骨塩定量
部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> その他()

済生会守山市民病院のご案内

住所 〒524-0022 守山市守山四丁目14番1号

連絡先 病院代表 077-582-5151（内線173）
地域医療連携室 077-582-5618（FAX）

診療科目 内科・循環器内科・消化器内科・糖尿病内科・腎臓内科
呼吸器内科・小児科・外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科
脳神経外科・眼科・リハビリテーション科・放射線科

診療受付時間（月～金曜日）
午前8時00分から午前11時30分まで

医療連携室受付時間（月～金曜日）
窓口対応 午前8時30分から午後5時まで 電話対応 午前8時30分から午後8時まで

患者様へお願い

市民病院を受診される際は、FAX受付票（本票）と健康保険証、紹介された先生の紹介状（診療情報提供書）を医事課総合受付へお出しください。

※3部複写になっております。 1枚目 FAX後患者様用・2枚目 診療情報提供書（病院宛）・3枚目 病医院様控