

患者情報送り状・検査依頼書のご依頼手順

- ① 「患者情報送り状」「検査依頼書」に必要事項を記入していただき紹介状と一緒にFAXにてお送りください。

JAとりで総合医療センター医療連携室 行

フリーダイヤル FAX: **0120-726-514**
TEL: 【代表】0297-74-5551 (内線 1396)・【直通】0297-86-7447

患者情報送り状

希望科 _____ 科 紹介元医療機関名 _____
希望担当医 _____ 医師 TEL _____ FAX _____

※ 当院受診歴 (有・無)
※ 診療をスムーズに行うために、紹介状をまもってFAXしていただければ幸いです。

受診希望日 年 月 日 ()
検査室等で来院の際はご記入下さい (東院検査室・検査室・検査室・検査室)

フリガナ 患者氏名	男・女	大・中・小・今
住 所	TEL	

《医療連携室》

来院希望日	来院希望時間	来院希望曜日
配付・番号	配付・番号	配付・番号
検 査	本人・家族	来院希望 1 期・2 期・3 期

《公費診療》

配 号	番 号
-----	-----

※ FAX 受付時間: 平日 8:30~17:00
土曜日 (第 1・3 週) 8:30~12:00

時間外、休診日のFAX送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、休み明けになります。(休診日: 第 2、4、5 土曜日、日曜日、祝祭日)

患者情報送り状

JAとりで総合医療センター医療連携室 行

フリーダイヤル FAX: **0120-726-514**
TEL: 【代表】0297-74-5551 (内線 1396)・【直通】0297-86-7447

検査依頼書

紹介元医療機関名 _____
TEL _____ FAX _____

下記の項目についてご予約ができますのでご利用下さい。

依頼検査名(希望検査箇所)に○を付けて下さい

放射線検査	生体組織検査
CT (薄切)	心エコー
※ ベースメーカー検査	有・無
CT (薄切)	有・無
《造影撮影を希望される方へ》	造影・単純
※ 腎臓機能検査	有・無
インプラント造影 CT	※ 検査室検査 (シンチ) につきましては、内線 1257 に
超音波 腹部・甲状腺・乳腺・	放射線治療につきましても、医療連携室に直接申し込んで下さい
血管系ドップル・その他()	
骨密度測定	

◎希望受診日、希望曜日等ご記入下さい。

受診希望日 年 月 日 () 希望

決定をいたしましたら、ご連絡いたします。

フリガナ 患者氏名	男・女	明・大・中・小・今
住 所	TEL	

《医療連携室》

来院希望日	来院希望時間	来院希望曜日
配付・番号	配付・番号	配付・番号
検 査	本人・家族	来院希望 1 期・2 期・3 期

《公費診療》

配 号	番 号
-----	-----

※ FAX 受付時間: 平日 8:30~17:00 土曜日 (第 1・3 週) 8:30~12:00

時間外、休診日のFAX送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、休み明けになります。(休診日: 第 2、4、5 土曜日、日曜日、祝祭日)

検査依頼書

直通FAX(フリーダイヤル)

0120-726-514

受付時間 平日 8:30~17:00 土曜日(第 1.3) 8:30~12:00

*依頼書は当院ホームページからダウンロード出来ます。

- ② 受信後、日程を調整して**受診票**をFAXにてお送りいたします(10分以内)
- * 受付時間外にご依頼をいただいた場合は、受付開始後に受診票をFAXにてお送りいたします。
 - * ご都合がつかない場合にはご連絡ください。
- ③ 患者さんが受診日に来院され、診察・検査を受けます。
- * 各診療科宛ての紹介状をご持参ください。

ご不明な点がございましたら、地域医療連携室までお問い合わせください。

JAとりで総合医療センター地域医療連携室
TEL (直)0297-86-7447 (代)0297-74-5551

FAX (直)0120-726-514