



紹介元医療機関名			
医師氏名			
電話番号		FAX番号	

外来診察のご依頼 受診ご希望科・あるいはご希望の医師名をご指定ください。

循環器内科 神経内科 呼吸器内科 消化器内科 リハビリ科 血管外科(金)  
外科 整形外科 皮膚科 泌尿器科(火・木) 糖尿病科 総合診療科

ご希望の医師名: \_\_\_\_\_

紹介目的・症状等(簡単に結構です)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、糖尿病科、総合診療科はかえつクリニックの予約になる場合があります。  
\*泌尿器科・血管外科につきましては、紹介状の内容を医師に確認後の予約になりますので、後日のお返事になります。

委託検査のご依頼 検査名をご指定ください

検査名  CT  MRI  その他( )  
(  単純 ・  造影 ) eGFR値( )  
(\*造影検査の場合は採血データ(1年以内)の記入をお願い致します)

部位  頚椎  胸椎  腰椎  胸部  上腹部  
 その他( )  
 股関節(  L  R )  膝関節(  L  R )

検査の診断 (  必要  不必要 )  CD-R希望

依頼趣旨

予約日(何も記載しないでください)

ふりがな		大正・昭和・平成・令和		
患者氏名		生年月日	年	月 日( 歳)
	男・女			
住所				
電話番号				

当院受診歴	
無	有 当院ID: 不明

新潟勤労者医療協会 下越病院

新潟市秋葉区東金沢1459-1  
TEL 0250-22-4711 (代表)

TEL 0250-23-6064 (連携室直通)

申込年月日 令和 年 月 日