

予 約 申 込 書

		申込日 令和 年 月 日		
紹介元	医療機関名		所属科	
	担当医師		T E L	
	所在地		F A X	
診療予約	診療科	☐ 指定あり () 科 ☐ 指定なし		
	担当医師	☐ 指定あり ☐ 連絡済み () 医師 ☐ 指定なし		
	診察日	☐ 希望日 令和 年 月 日 ☐ 指定なし		
	紹介目的	☐ 診察 ☐ 入院 ☐ 検査 ☐ その他()		
		超音波検査 [☐ 心臓 ☐ 腹部 ☐ 頸動脈 ☐ 甲状腺 ☐ 下肢血管]		
		内視鏡検査 [☐ 胃 ☐ 大腸 ☐ 直腸 ☐ 嚥下]		
CT撮影検査 [☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 頭部]				
☐ 胃・食道24時間pH測定検査				

☆来院手段が救急車の時はご一報下さい

患 者 基 本 情 報

事前にカルテの準備をさせていただきます。情報の取り扱いには十分留意致しますので、ご面倒ですがよろしくお願いします
保険証又はカルテのコピーでも結構です

フリガナ 患者氏名			男 女	生年月日	明治 大正 昭和 令和 年 月 日	
住 所	〒 TEL ()					
保険情報	保険者番号			被保険者続柄	☐ 本人 ☐ 家族	
	記 号			有効期限		
	番 号			高齢者保険の負担割合	割	
	重度障害医療費受給者番号					

診 療 情 報 提 供 書

別の用紙(様式)をご使用いただいても結構です。

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
経過(症状、検査、治療、現在の処方等)