

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	<input type="checkbox"/> 指定あり ()科 <input type="checkbox"/> 指定なし			
	診察日	<input type="checkbox"/> 希望日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 指定なし			
	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他()			
		超音波検査 [<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 下肢血管]			
		内視鏡検査 [<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 嚥下]			
CT撮影検査 [<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頭部]					
<input type="checkbox"/> 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ひします
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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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)