

診療情報提供書 兼 受診予約申込書

緊急

送信先 (記入日 年 月 日)

送信元

F A X 089-943-7901(予約専用)

医療機関名

病院

科

所在地

先生 御侍史

電話番号 ()

FAX 番号 ()

医師氏名

印

フリガナ		性別	受診歴	有・無	旧姓	
氏名		男・女	診察券番号			
生年月日	M・T・S・H 年 月 日(歳)		受診希望日時			
住所	〒		① 年 月 日() 午前・午後 時頃			
電話			② 年 月 日() 午前・午後 時頃			
携帯			③ 年 月 日() 午前・午後 時頃			
傷病名						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 検査 (<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> CT 造影(要・不要) <input type="checkbox"/> MRI 造影(要・不要) <input type="checkbox"/> 他)					
既往歴 家族歴						
病状経過 検査結果 治療経過						
	Cr 値()又は eGFR 値() 測定日: 年 月 日			空腹時血糖値 mg/dl		
	※造影 CT/造影 MRI 検査時必須 (未記入時には造影できません)			※FDG-PET 検査時必須		
処方						
提供資料	<input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他					
備考						

被保険者氏名	本人・家族	保険者番号							
記号・番号		負担割合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割						
公費負担者番号	公費負担者番号	入院中 (<input type="checkbox"/> DPC)							
受給者番号	受給者番号	外来通院中							
保険適応外	妊娠 ・ 交通事故 ・ 労災 ・ 生活保護 ・ その他 ()								