

電話受

月

日

:

担当者

診療予約申込書 兼 診療情報提供書 (FAX 用)

平成 年 月 日

紹介元機関

所在地

TEL / FAX

医師氏名

太枠の中をご記入の上
FAXして下さい。

フリガナ				性別	
患者氏名				男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 (歳)	
住所	〒 -				
連絡先	携帯電話:		当院受診歴		
	固定電話:		有・無・不明		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()				
診断名			主訴		
診療経過・症状 現在の処方内容	(患者に対する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好)				
持参資料	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> X線・ <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> 内視鏡・ <input type="checkbox"/> 超音波・ <input type="checkbox"/> 心電図・ <input type="checkbox"/> 検査記録)				
診療希望日	第1希望	月	日 ()	第2希望 月 日 ()	
	<input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> ご都合の悪い日・時間 ()				
主保険	保険者番号		記号・番号		本人
併用保険	負担者番号		受診者番号	種別	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無