

送信先：医学研究所北野病院 地域医療サービスセンター FAX:06-6312-8620

FAX 診察予約依頼書

紹介元医療機関

記載日：西暦 年 月 日

名称	医師名	印
住所 〒	担当者名	
	電話	— —
	FAX	— —

■紹介先

受診科	(医師の指定があれば：)	医師)
-----	--------------	-----

■患者情報

希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日
受診歴	<input type="checkbox"/> 有 [ID: ]	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 私費 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公費		
自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		

フリガナ		実母の氏名 (必須)
氏名	_____ (旧姓) (男・女)	姓 名
西暦	年 月 日生 歳	
住所 〒		※カルテの二重登録防止の為、ご記入下さい。
電話	— —	

現 状	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 透析中 (施行曜日：)
来 院	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族のみ ※患者様が来院されない場合は保険適応外。
移動方法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行
外国の方	日本語(可・不可) 英語(可・不可) 通訳同行(可・不可) 日本の健康保険証(有・無)

依頼内容	<input type="checkbox"/> 診察(翌日以降の外来・当日救急外来)
	★放射線検査は「放射線検査専用の申込書」でお申込み下さい。
	<input type="checkbox"/> 検査(エコー：腹部・甲状腺)
	(上部内視鏡：経口・経鼻 抗血栓薬：(無・有[薬剤名]))
	★鎮静希望は、まず消化器内科の外来を受診して下さい。

病名・症状	★かならず「診療情報提供書(紹介状)」を添付送信して下さい。
	.....
	.....
	.....

受付：月～金 8:45～19:00

休診日：土・日・祝日・12月29日～1月3日

受付時間終了後の申込みは「翌日のお返事」となります。

問合せ先：地域医療サービスセンター TEL 06-6131-2955(直通)