

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 师 名	印
	担当者名	
住所 〒	電 話	—
	F A X	—

■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 [I D :]	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
保 陰： <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	

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

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
国外の方 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)

<input type="checkbox"/> 診察(翌日以降の外来・当日救急外来)
<input type="checkbox"/> 検査【エコー：腹部・甲状腺】
<input type="checkbox"/> 検査【上部内視鏡：経口(鎮静あり・鎮静なし)・経鼻】／抗血栓薬：無・有 [薬剤 ・検査当日に、鎮静なしから鎮静ありには変更出来ませんのでご注意下さい。 ・鎮静ありの方は、付き添いをお願いいたします。]

★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。

病名・症状 ★からず「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。

問合先：地域医療サービスセンター TEL 06-6131-2955(直通)