

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			
	担当者名					
住所 〒	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	姓	名
西暦	年	月
住所 〒	日生	歳
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）		

<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ください。 ・鎮静ありの方は、付き添いをお願いいたします。 <b>★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。</b>	
---	--

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