

紹介・予約申込書・診療情報提供書(FAX送付用)

申込日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|-------------|-------|---|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|--|--|
| 紹介元 | 医療機関名 | | | | 所属科 | | | |
| | 担当医師名 | | | | TEL | | | |
| | 所在地 | | | | FAX | | | |
| 診療予約 | 希望診療科 | <input type="checkbox"/> 指定なし | | <input type="checkbox"/> 診療科指定 | | 科 | | |
| | 希望担当医 | <input type="checkbox"/> 指定なし | | <input type="checkbox"/> 医師指定あり | | 医師 (担当医へ連絡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | |
| | 診察希望日 | <input type="checkbox"/> あり | | 年 | 月 | 日 | (<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 特になし) | |
| | 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 当日の入院希望 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 単純MRI <input type="checkbox"/> 単純CT *造影を希望される場合は連携室にご相談ください (コメント) | | | | | | |
| | 特記事項 | 来院手段 | <input type="checkbox"/> 救急車 | | <input type="checkbox"/> 民間救急車 | | | |
| 歩行状態 | | <input type="checkbox"/> 独歩 | | <input type="checkbox"/> 車イス | | <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | |
| その他 | | | | | | | | |

患者基本情報

患者さん受診時の待ち時間短縮のため、事前に診療録の準備をさせていただきます。患者さんの基本情報・保険情報の提供をお願いします。(健康保険証又はカルテのコピーでも結構です)

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----|--------|-----------------------------|-----|--|--|
| フリガナ | | | | 性別 | 住 所 | | | | |
| 患者氏名 | | | | 男・女 | (〒 -) | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 | 年齢 | 歳 | TEL | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | | | | 公費番号 | | | | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 交通事故 |
| | 記号 | | | | 身障手帳 | <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | 番号 | | | | | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 本人・家族資格取得 | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 家族 | | | | | | |

紹介状【診療情報提供書】

<別の紹介状(診療情報提供書)の用紙をご使用される場合は、下記の記載は不要ですが、申込書と同時にFAXをお願いします。>

| |
|-------------------------------------|
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 経過(症状、検査、治療、現在の処方等) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| 参考資料(無・有・・・・レントゲンフィルム、心電図記録、検査記録、他) |