

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)