

(ご紹介初診予約・ご依頼検査予約) 診療申込書

※どちらかに○をおつけください。

お申し込み医療機関様情報

| | |
|----------------------|-------------|
| 貴医療機関名 および ご芳名 | 様 先生 |
| お電話番号 | |
| FAX番号 | |

※ 貴医療機関のスタンプで結構ですが、お名前とお電話およびFAX番号は必ずご記入ください。

お申し込み患者様情報

| | |
|--------------------|-------|
| (フリガナ) 患者様氏名 | ご住所 |
| (男・女) | |
| 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 | お電話番号 |

今月又は前月に算定した管理料はありますか？
 在宅時医学総合管理料 特定施設入居時等医学総合管理料 在宅末期医療総合診察料
 在宅自己注射指導管理料を除く在宅療養指導管理料*自己導尿・在宅酸素等)

患者様保険情報

| | | |
|-----------|-------|-------|
| 保険者番号 | 記号・番号 | 本人・家族 |
| 公費 ① 公費番号 | 受給者番号 | |
| 公費 ② 公費番号 | 受給者番号 | |

※ お手数をおかけいたしますが、できましたらご記入ください。(高齢者・老人の方は負担割合の記入をお願いします。)

◇◇◇ご紹介初診予約◇◇◇

| | |
|--------|---|
| ご希望診療科 | ①一般内科 ②神経内科 ③呼吸器科 ④消化器科 ⑤循環器科 ⑥外科 ⑦血管外科 ⑧消化器外科 ⑨整形外科 ⑩泌尿器科 ⑪眼科 ⑫リハビリテーション科 ⑬麻酔科 ⑭前立腺外来 ()科 ※上記の番号をお書きください。 |
| ご希望医師 | 医師 |

ご希望受診日

| | | | |
|------|----------|------|----------|
| 第1希望 | 平成 年 月 日 | 第2希望 | 平成 年 月 日 |
|------|----------|------|----------|

◇◇◇ご依頼検査予約◇◇◇

| | |
|------|---|
| 検査種類 | ①腹部超音波 ②心臓、その他超音波 ③負荷心電図 ④ホルター心電図 ⑤胃カメラ ⑥CT ⑦骨塩定量 ⑧乳房X線 ⑨MRI ⑩胃透視 ⑪DIP ⑫栄養指導 ⑬服薬指導、薬剤情報提供 () ※上記の番号をお書きください。 |
|------|---|

ご希望検査日

| | | | |
|------|----------|------|----------|
| 第1希望 | 平成 年 月 日 | 第2希望 | 平成 年 月 日 |
|------|----------|------|----------|

柏市立柏病院
《地域医療支援センター》
電話番号 04 (7134) 1503
FAX番号 04 (7134) 1504
代表番号 04 (7134) 2000
<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>