

診療・検査予約申込書

兼 診療情報提供書

ご紹介ありがとうございます。
 ご記入の上、センターまでFAX送信してください。
 折り返し、お電話にてご回答させていただきます。

20 年 月 日

●緊急度をお知らせください

- 救急 ⇒ 到着予定時間 (: 頃)
 来院方法 (救急車・公共交通機関・車)
 非救急 ⇒ 予約申込

●紹介目的をお知らせください

- 診療依頼 ()科
 ()先生
 希望医師なし
 検査依頼
 CT (単純・造影) MRI (単純・造影)
 冠動脈CT 骨密度 マンモ 胃カメラ
 トレミル ホルター エコー (心臓・乳腺・腹部・頸部)
 神経伝導速度測定 (正中神経, 尺骨神経)

●送信元をご記入ください

所在地	
医療機関名	
医師名	
T E L	
F A X	

●希望日をご記入ください (非救急の場合)

<input type="checkbox"/> 最も早い予約日時	
<input type="checkbox"/> 第1希望	月 日 (曜日)
<input type="checkbox"/> 第2希望	月 日 (曜日)
<input type="checkbox"/> 電話予約済	月 日 (曜日) :

●基本情報をお知らせください

フリガナ		性別		生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名		男・女		年 月 日 (歳)	
住所	〒 -		保険情報	保険者番号	
電話	(自宅) -	記号・番号			
	(携帯) -	続柄		本人・家族	
		負担割合		1割・2割・3割	

●診療情報提供書

診療をスムーズに行うために、事前に診療情報提供書をいただければ幸いです。
 こちらにご記入いただくか、お使いの紹介状様式を予約申込書と合わせてFAX送信してください。

主訴又は病名・症状	
紹介目的	
既往症及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
現在の処方	
備考	

報告書が不要な場合のみ、レ点をご記入ください。

報告書不要