紹介連絡・予約申し込み

（申し込み年月日：平成　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分）

患者さんの同意のもと、この紹介連絡・予約申込票を送ります。予約お願いします。

鷲見病院　病診連携室	依頼元 TEL	病院・医院　医師名 FAX	

市町村番号		保険者番号	
受給者番号		記号・番号	
公費負担者番号		資格取得日	昭和・平成　　年　　月　　日
公費受給者番号		有効期限	平成　　年　　月　　日
フリガナ		事業所	
氏名	男 女	保険者所在地	TEL
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	公費負担者番号	
住所	〒　　TEL	公費受給者番号	
		乳・重・母・重老	
被保険者・世帯主名		有効期限	平成　　年　　月　　日
被保険者・世帯主との		受診者の負担率	窓口　　割　本人・家族・その他（　）

依頼診療科＿＿＿＿＿＿＿＿科　　依頼医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診断名又は症状；

予約事項；□検査（読影□あり：□なし）　□診察　□入院（□開放病棟）　その他

希望年月日；□希望なし　第１希望　　年　　月　　日□午前・□午後、第２希望　　年　　月　　日□午前・□午後

□　その他

受診歴；□あり　□なし　□不明　　診察券 No.

□検査　依頼検査項目　（方法：部位）（造影法）

□CT（　　：　　）（造影□あり；　　・□なし）

□MRI（　　：　　）(造影□あり；　　・□なし)

□超音波検査（　　：　　）（造影□あり；　　・□なし）

□胃透視　□注腸

□胃カメラ　□大腸ファイバー　　抗凝固剤使用□あり□なし

HB s 抗原□施行（＋・－）□未施行　HCV 抗体□施行（＋・－）□未施行

薬剤アレルギー□あり□なし　腎機能障害□あり□なし　喘息□あり□なし

□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□診察；□入院（依頼事項）

返　信　・　予　約　控

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生御机下　　平成　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　予約日　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分

当日は、　　時　　分までに当院正面受付へ、本状・診療情報提供書・保険証・医療費受給者証等を持ってお越しください。以前当院で受診された事がある方は当院の診察券もお持ちください。

その他の指示＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

鷲見病院　＿＿＿＿＿＿＿＿科　担当医＿＿＿＿＿＿＿　病診連携室　TEL 0575-82-3151　FAX 0575-82-3150