

# 【診察(検査)申込依頼書】

\*誤送信の場合は、お手数ですがご連絡頂ければ幸いです。

平成 年 月 日

日生病院 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_

保険証 番号	保険者 番号									紹介元医療機関 所在地及び名称	電話		
	記 号					番 号					F A X		
被保険 者名								続 柄		医師名			
事業 所名								区 分	本・家				
公費 負担	公費負担 者番号									後期医療 負担割合	( )割	資格 取得日	年 月 日
	公費受給 者番号									高齢受給 負担割合	( )割	有効 期限	年 月 日
フリガナ									生年 月日	明・大・昭・平			
氏 名									男・女	年 月 日 ( 才)			
住 所	〒 □□□□ - □□□□								電話				
検査項目	<input type="checkbox"/> MRI部位 ( ) <input type="checkbox"/> CT(造・単) 部位 ( ) <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 末梢血管エコー <input type="checkbox"/> サーモグラフィー												
受診目的	現症・主訴(診察・精査・加療・入院) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー												
薬物禁忌													

受診希望日 第1 ( 月 日 ( ) ) ・第2 ( 月 日 ( ) ) ・第3 ( 月 日 ( ) )

\*緊急時や即日入院時は事前に当院医師宛にご連絡ください。

**日生病院 「地域医療連携室」**

**電話 06-6543-3581(代 FAX 06-6543-3418)**

\* F A Xにて申込をお願いいたします。(事前に患者様のご了解を得てください)

\*この情報は紹介患者様の診療目的に利用いたします

\*土曜日は全科外来休診。地域医療連携室 F A Xは24時間稼働していますが、  
通知書は休日明けに返信しますので、患者様へのご連絡をお願いします。