

～検査申込は別用紙になります～

年 月 日

地域医療総合窓口 あったかサポートセンター  
**FAX:06-6443-3585** 電話:06-6443-3470(直通)

診療科 \_\_\_\_\_ 科  
 \_\_\_\_\_ 先生

紹介元医療機関  
 名称 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_  
 FAX \_\_\_\_\_  
 医師名 \_\_\_\_\_

受診歴	有(旧姓: _____)・無		
フリガナ			大・昭・平・令・西暦
氏名	男・女	生年月日	年 月 日 ( 才 )
住 所	〒 _____ 自宅 ( ) - 携帯 ( ) -		
保険	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
言語 (日本語)	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 日常会話程度 <input type="checkbox"/> 不可(会話できる言語: _____) ※英語・中国語以外の場合は事前にご相談下さい		
□依頼	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院   (貴院で訪問診療をされている患者さんですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ )		
紹介目的		症状経過 検査結果 治療経過	
傷病名		既往歴 家族歴	
現在の処方		備考	<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 無・有 ( _____ ) 感染症 無・有 ( _____ )
※記入欄が不足する場合は、別紙に記入・添付願います。			
診療 希望日	① 月 日 ( )	② 月 日 ( )	その他 (曜日指定など)

(注) この情報は紹介患者さんの診療目的にのみ利用致します。

土・日・祝祭日・年末年始は全科休診です。

※受付時間 8:30~19:00(月~金) 9:30~12:30(土) 土曜日はFAX対応のみ

FAX は 24 時間稼働。但し、時間外・休日着分は翌日対応