外来診療・検査予約申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | |
| 紹介医療機関 | 医療機関名 | |  | | | | | | |
| （住所） | |  | | | | | | |
| 医師名 | |  | | | 先生 | | | |
| ＴＥＬ | |  | | ＦＡＸ | |  | | |
| 依頼情報 | 診察日 | | □希望日なし　　　□診察希望日　　　年　　月　　日（　　） | | | | | | |
| 診療科 | | □内科　　□神経内科　　□呼吸器科　　□消化器科 | | | | | | |
| □循環器科　　□整形外科　　□外科 | | | | | | |
| 医師名 | | □指定なし　　□医師指定（　　　　　　　　　　　　　　医師） | | | | | | |
| 検査依頼 | | □画像検査　　□ＭＲ　　□ＣＴ　【□冠動脈　　□その他】 | | | | | | |
| ※所見の有無：□不要　□要 | | | | | | |
| □内視鏡検査　　□上部消化管　　□下部消化管 | | | | | | |
| 紹介目的 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 患者基本情報 | | | | | | | | | |
| フリガナ | | 姓） | | 名） | | | | 性別 | 男・女 |
| 患者氏名 | |  | |  | | | |
| 生年月日 | | □明　□大　□昭　□平　　　　年　　月　　日　　　歳 | | | | | | | |
| 当院受診歴 | | □あり　　□なし　　□不明 | | | | | | | |
| ○予約受付時間外のご依頼につきましては、翌診療日の返信となります。  ○必要項目に☑してください。 | | | | | | | | | |