

**予 約 申 込 書**

申込日 平成 年 月 日

<b>紹介元</b>	医療機関名			所属科			
	担当医師			T E L			
	所在地			F A X			
<b>診療予約</b>	診療科	<input type="checkbox"/> 指定あり ( )科		<input type="checkbox"/> 指定なし			
	担当医師	<input type="checkbox"/> 指定あり <input type="checkbox"/> 連絡済み ( )医師		<input type="checkbox"/> 指定なし			
	診察日	<input type="checkbox"/> 希望日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 指定なし			
	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他( )					
		超音波検査 [ <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 下肢血管]					
内視鏡検査 [ <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 嚥下]							
CT撮影検査 [ <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頭部]							
<input type="checkbox"/> 胃・食道24時間pH測定検査							

☆来院手段が救急車の時はご一報下さい

**患 者 基 本 情 報**

事前にカルテの準備をさせていただきます。情報の取り扱いには十分留意致しますので、ご面倒ですがよろしくお願ひします  
保険証又はカルテのコピーでも結構です

フリガナ <b>患者氏名</b>		男 女	生年月日	昭和 年 月 日	
<b>住 所</b>	〒 TEL ( )				
<b>保険情報</b>	保険者番号			被保険者続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	記 号			有効期限	
	番 号			高齢者保険の負担割合	割
	重度障害医療費受給者番号				

**診 療 情 報 提 供 書**

別の用紙(様式)をご使用いただいても結構です。

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
経過(症状、検査、治療、現在の処方等)