

診療予約申込書 兼 紹介状 (診療情報提供書)

20 年 月 日

兵庫医科大学 梅田健康医学クリニック宛 FAX : 06-6131-4674

受診希望科 _____ 科	医療機関名 _____
希望医師名 _____ 先生	所在地 _____
受診希望日 ① 20 年 月 日 () ② 20 年 月 日 ()	紹介医 _____ (印)
	TEL : _____
	FAX : _____
	担当者 : _____

※上記受診希望日にご予約がお取りできない場合
できるだけ早い日程を希望します。
再度連絡・調整を希望します。
 ※過去の当院受診歴 有・無

フリガナ	性別	住所 (〒 _____)
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男	携帯電話 : _____ 固定電話 : _____
旧 姓	<input type="checkbox"/> 女	
生年月日 S・H・R _____ 年 月 日 (歳)		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
傷病名 (疑い)		
既往歴 (家族歴)	・ペースメーカーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・薬品アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (薬品名 _____) ・抗凝固薬を処方されている場合、処置・検査の必要に応じ投薬を中止できるか。 (<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 / 中止できる日数 _____ 日程度) ・その他耐性菌検出歴等ご参考になることがございましたら、ご記入下さい。 [_____]	
病状経過 治療経過 検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙参照	
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照	
持参資料	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> X線・ <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> 内視鏡・ <input type="checkbox"/> 超音波・ <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録)	

保 険	保険者番号		公 費	負担者番号	
	記号・番号			受給者番号	
	枝番	有効期限		有効期限	
	被保険者との続柄			負担割合・負担金	
	負担割合		割		
そ の 他			患者さん状況		
			<input type="checkbox"/> 外来通院中 (<input type="checkbox"/> 待機中 ・ <input type="checkbox"/> 帰宅済み) <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日 _____ 年 月 日)		