

診療・検査予約申込書

年 月 日

済生会呉病院

地域医療連携室 宛

TEL 0823-21-1616 (直通)

FAX 0823-20-0580 (直通)

紹介元医療機関

所在地

名称

医師名

TEL

FAX

患者情報					男 ・ 女	保険者番号				
診察券番号						記号・番号				
フリガナ						公費番号				
氏名						受給者番号				
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)					受給者番号				
現住所	〒 -									
電話番号	- -									

診 療	
	内科
	心療内科
	外科
	整形外科
	眼科
*入院の希望	有 ・ 無

検 査	
	MRI (造影 ・ 単純) (部位:)
	CT (造影 ・ 単純) (部位:)
	大腸内視鏡検査
	胃内視鏡検査 (経口 ・ 経鼻)
	その他の検査 ()
	栄養指導
*検査結果のFAX希望	有 ・ 無

※緊急の場合は、直接各科の医師へ電話依頼をお願いします。

	<input type="checkbox"/> 診療	<input type="checkbox"/> 診療 + 検査	<input type="checkbox"/> 検査のみ
紹介目的 病状等			
希望医師	() 医師 / 連絡 (済 ・ 未)		指定なし
診療検査 希望日	第1希望 月 日 () 午前 ・ 午後	第2希望 月 日 () 午前 ・ 午後	・最短日を希望 ・ご都合の悪い日 () 以外希望
患者さんは	<input type="checkbox"/> お返事待ちで在院中	<input type="checkbox"/> 帰宅されています	<input type="checkbox"/> 入院中
移動方法	独歩 ・ 介助歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー		認知症 有 ・ 無
来院方法	介護タクシー ・ 施設の車 ・ 救急車 ・ 他 ()		同伴者 有 ・ 無

決定日時	月 日 ()	来院 :	検査 :	
------	---------	------	------	--

済生会呉病院

地域医療連携室 宛

TEL 0823-21-1616 (直通)

FAX 0823-20-0580 (直通)

紹介元医療機関

所在地

名称

医師名

TEL

FAX

患者情報

診察券番号

フリガナ

氏名

生年月日

現住所

電話番号

男・女

保険者番号

記号・番号

公費番号

受給者番号

済生会呉病院の診察券番号です。不明の場合は未記入して下さい。

診療

内科

心療内科

外科

整形外科

眼科

*入院の希望

有・無

検査

MRI (造影・単純) (部位:)

CT (造影・単純) (部位:)

大腸内視鏡検査

胃内視鏡検査 (経口・経鼻)

その他の検査 ()

栄養指導

*検査結果のFAX希望

有・無

希望の診療科に○をつけて下さい。

希望の検査に○をつけて下さい。

※緊急の場合は、直接各科の医師へ電話依頼をお願いします

希望する物一つに○をつけて下さい。

紹介目的
病状等

希望医師

診療検査
希望日

患者さんは

移動方法

来院方法

診療

診療 + 検査

検査のみ

() 医師 / 連絡 (済 ・ 未)

指定なし

第1希望 月 日 () 午前 ・ 午後

第2希望 月 日 () 午前 ・ 午後

・最短日を希望

・ご都合の悪い日 () 以外希望

お返事待ちで在院中

帰宅されています

入院中

独歩 ・ 介助歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー

認知症

有 ・ 無

介護タクシー ・ 施設の車 ・ 救急車 ・ 他 ()

同伴者

有 ・ 無

決定日時

月 日 ()

来院 :

検査 :