

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

診療	
<input type="checkbox"/>	内科
<input type="checkbox"/>	心療内科
<input type="checkbox"/>	外科
<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	眼科
<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
*入院の希望	有・無

検査	
<input type="checkbox"/>	MRI (造影・単純) (部位:)
<input type="checkbox"/>	CT (造影・単純) (部位:)
<input type="checkbox"/>	大腸内視鏡検査
<input type="checkbox"/>	胃内視鏡検査 (経口・経鼻)
<input type="checkbox"/>	その他の検査 ()
<input type="checkbox"/>	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。

紹介目的	<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

男・女

生年月日

T・S・H・R

年 月 日 (歳)

現住所

〒

-

電話番号

-

-

保険者番号

記号・番号

公費番号

受給者番号

診療

内科

心療内科

外科

整形外科

眼科

耳鼻咽喉科

*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

○希望の診療科につけて下さい。

○希望の検査につけて下さい。

※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。

	<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	・最短日を希望	
	第2希望 月 日 () 午前・午後	・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

: