

診察・検査 依頼書 (FAX送信票)

<紹介元医療機関情報>

依頼日 年 月 日

医療機関名：
 医師名：
 連絡先：(TEL) - - (FAX) - -

<診察依頼>

傷病名・紹介目的 (部位・症状等 簡単に結構ですので、必ず記入をお願いいたします。)

地域連携パス使用中 (種類：) 入院中

入院希望 (注) 当院には、開放型病床はありません。
なし あり (受診後に決定) ※精神科は予め下記宛てにご連絡願います。

希望診療科 (希望診療科に印を付けてください。)														希望医師名										医師		
循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	血液内科	糖尿病内分分泌内科	腎臓内科	脳神経内科	腫瘍内科	小児科	精神科	皮膚科	消化器外科	乳腺・小児・一般外科	形成外科	心血管外科	呼吸器外科	整形外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	母子女性診療科	泌尿器科	眼科	麻酔科	ペインクリニック科	放射線科	歯科口腔外科	初期診療科
診察希望日				① 月 日 ()				② 月 日 ()				③ <input type="checkbox"/> いつでもよい														
診察緊急度				<input type="checkbox"/> 依頼日から				<input type="checkbox"/> 当日				<input type="checkbox"/> 1週間以内				<input type="checkbox"/> 2週間以内				<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内						

<検査依頼>

検査名・検査目的 (部位・症状等)

・造影：なし あり
 ・(PET 検査を依頼される場合のみ) CT・MR 検査：済 未実施

検査希望日 ① 月 日 () ② 月 日 () ③ いつでもよい

感染症検査 未実施 実施済 (実施項目及び結果をご記入ください。)
HbsAg () HCV () TPHA () MRSA ()
その他 ()

その他 (連絡事項等)

*FAX での受付は平日 8:30~19:00 時間外の受付は翌日 (平日) に返信、本院より直接患者さんへ連絡する可能性有り

<患者基本情報>

フリガナ		旧姓	性別	生年月日
患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 () 歳
住所 連絡先	〒 - (TEL) - -			
本院受診歴 (ご協力ください。)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券番号： - -) <input type="checkbox"/> 不明 本院は、全科共通 1 患者 1 診療録、診察券番号は永久使用で運用しております。			

<保険証情報> 事前に診療録の準備させていただきますので、保険情報または保険証のコピーをお願いいたします。

保険者番号		公費受給者証番号	
記号		福祉医療券番号	
番号		一部負担金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
被保険者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
患者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		

<問合せ先>

平日 8:30~19:00	左記以外 (時間外・休日・年末年始) 救急対応のみ
患者支援センター (TEL) 077-548-2515 (直通)	救急受付 (各科当直医が対応) (TEL) 077-548-2770 (直通)