

診療情報提供書 (受診・検査予約申込書)

貴医療機関 (紹介元)

所在地・名称	診療科・医師名
	TEL
	FAX

患者様情報

フリガナ 患者氏名		男・女	住所	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
TEL				
当院受信歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
患者様の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> ()			
	感染症 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HB _s 抗原・HCV・ワ氏・MRSA・)			
	薬剤・食物アレルギー <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	造影剤過敏 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	体重 () kg 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
抗凝固作用薬服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名:)				
《 今一度、他院・他科からの抗凝固作用薬服用をご確認ください 》				

申込内容

紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望医師	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医師)			
希望日時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 [午前・午後] 時頃)			

診療情報記入欄

主訴・傷病名 既往歴および家族歴 症状経過・治療経過・現在の処方等

▼保険情報記入欄▼ (保険情報わかるものがあれば記入不要です)

被保険者証 (本人・家族) (1割・2割・3割)

保険者番号									
記号・番号	.								
資格取得日	年		月		日				
有効期間	~								

公費負担医療受給者証 (特疾・道老・生保・その他:)

負担者番号									
受給者番号									
有効期間	~								

乳・母子・障	初診時一部負担金・市民税課税	記号	番号	(減額・限度額) 認定証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--------	----------------	----	----	--