

診療情報提供書 (受診・検査予約申込書)

貴医療機関(紹介元)

名称・所在地	診療科・医師名
	TEL
	FAX

患者様情報

フリガナ			男・女	住所		
患者氏名						
生年月日	大 平 昭 令	年 月 日	歳	電話番号		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ頃) (疾患名)					
患者の状態	ADL <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"/> 無し <input type="checkbox"/> 有 (HBs抗原・HCV・ワ氏・MRSA) 薬物・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 糖尿病治療薬服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名:) 抗凝固作用薬服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名:) ≪今一度、他院・他科からの糖尿病・抗凝固作用薬の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"/> その他 ()					
希望医師	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 下記参照 <input type="checkbox"/> 別添の診療情報提供書を参照	

この提供書に患者さんの保険証コピーを添付して下さい！(保険証の添付が出来ない場合、下記を記入してください)

主保険	保険者番号	記号	番号
公費	負担者番号	受給者番号	被保険者名
その他保険情報	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		負担割合 割負担