

診療・検査・開放型病床利用申込書(FAX送付票)

申込日：令和 年 月 日

紹介元	医療機関名			
	診療科名		医師名	
	TEL		FAX	
診療依頼	診療科	科	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定	医師
	疾病名			
	第1受診希望日 年 月 日 ()			
	第2受診希望日 年 月 日 ()			
	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 開放型病床利用 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン		
希望検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI 検査部位 () <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 併用			
	<input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> その他 ()			
禁忌薬物	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
備考				

患者基本情報

事前予約の際に患者情報システムの登録が必要です。患者様の基本情報・保険情報の提供宜しくお願いします。(保険証又はカルテのコピーでも結構です)

フリガナ		性別	被保険者氏名	続柄
患者氏名		男・女		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日			
住所 電話番号	〒 TEL (- -)			
保険情報	保険者番号		公費番号	
	記号			
	番号		福祉医療	
	資格取得	昭・平・令 年 月 日		
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		

※ 患者様に診療情報提供書を持参させていただきますよう宜しくお願いいたします。