

# 紹介・検査予約申込書

**FAX送付票**

申込日 令和 年 月 日

患者基本情報	ふりがな		性別	生年月日	
	患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
	住所	〒 -	TEL		
	当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号 ) *当日は、必ず保険証をお持ちいただくようお願いいたします。			

紹介元	医療機関		医師氏名	Ⓜ	
	所在地	〒 -	TEL	FAX	

依頼内容	診療科	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定あり		科	診察希望	年 月 日
	担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定あり		医師		
	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査				

## 診療情報提供書

\*別紙の診療情報提供書の用紙をお使いになる場合、下記の記載は不要ですが申込書と同時に FAX をお願いします。

傷病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療情報提供 <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他				
既往歴・家族歴					
症状経過・検査結果					
現在の処方					
添付資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり X線・CT・MRI・心電図・検査記録・その他 ( )				返却 要・不要