

診療情報提供書 (検査予約申込書)

令和 年 月 日

紹介先

医療法人 善正会 上田病院 TEL(06)6334-0831 FAX(06)6334-0906

科

医師

紹介元

医療機関名

所在地 〒

診療科

医師名

TEL

FAX

フリガナ 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日 年 齢
住 所		電 話 番 号	
主 保 険 番 号	保 険 者 番 号	記 号 番 号	
	区 分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(被保険者名)	割 合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
公 費 番 号	市 町 村 番 号	受 給 者 番 号	
公 費 番 号	公 費 番 号	受 給 者 番 号	
疾 患 名			
紹 介 目 的	1. <input type="checkbox"/> 受診依頼(<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院) 2. <input type="checkbox"/> 検査依頼		
症 状 経 過・検 査 結 果・治 療 経 過	薬物アレルギー(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
現 在 の 処 方	検査依頼のみ 希望検査項目 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X-P 検査部位		
備 考 (注 意 事 項 な ど)			
受 信 希 望 日	年 月 日	検 査 希 望 日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 希望日 無		<input type="checkbox"/> 希望日 無