

診療情報提供書（検査予約申込書）

紹介先

令和 年 月 日

医療法人 善正会 上田病院 TEL(06)6151-3650 FAX(06)6152-8050

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	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	市町村 番 号	受給者 番 号	
公 費	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		備考(注意事項など)	
検査依頼のみ 希望検査項目 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI			
受 診 希 望 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望日 無	検 査 希 望 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望日 無