

診療予約申込書

伊万里有田共立病院用

伊万里有田共立病院

申込日 平成 年 月 日

科宛 先生

上記医師と	連絡済・未連絡
地域医療連携室と	連絡済・未連絡

紹介元医療機関	
名称	
住所	
TEL	
FAX	
診療科	
医師氏名	(印)

診療希望日					
①	月	日	午前	午後	時 分
②	月	日	午前	午後	時 分

紹介目的	<input type="checkbox"/> 一般受診 <input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 検査 () 【予約済・未予約】 (検査希望予約日 年 月 日 時 分)				
	フリガナ	男・女	住所 〒		
患者氏名	TEL				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日生 (才)			
保険者番号		公費負担番号			
被保険者の記号・番号		公費負担受給者番号			X
被保険者名・続柄(本人・家族)		負担割合			割

上記患者様を紹介します。

傷病名 紹介目的	
1 既往歴 家族歴	
2 症状 経過	
3 検査結果	
4 治療経過	
5 処方	
6 備考	
画像診断フィルム添付	有(返却要・不要) 無
フィルム種別・部	

備考 1)必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録を添付してください。