

診察・検査 依頼書(受付およびFAX送信票)

年 月 日

紹介元	医療機関名	_____		
	医師名 連絡先	電話・FAX		
診察依頼	診療科	指定(あり・なし)	指定の場合	科
	担当医	指定(あり・なし)	指定の場合	医師
	診察日	診察希望日 年 月 日 ( )		
	紹介目的			
検査依頼	入院希望	希望(あり・なし)		
	入院日	月 日		
検査依頼	検査名 (目的、部位、造影の有無等)			
	検査日等	検査希望日	年 月 日 ( )	科 医師
	感染症検査 (検査結果)	未実施	実施済み(実施項目及び結果をご記入ください。)	
		HBsAg ( )	HCV ( )	TPHA ( ) MRSA ( )

※FAXでの受付は平日17:00以降の受診については翌日(平日)の返信になります。

患者基本情報

事前に診療録の準備をさせていただきますので、保険情報または保険証のコピーをお願いします。

フリガナ			性別	被保険者氏名
患者氏名			男・女	
生年月日	明 大 昭 平	年 月 日		続柄 ( )
保険情報	住所			
	電話番号	TEL ( )		
	保険者番号	公 費		
	記号	番 号		
	番号	福 祉		
資格取得	医 療			
本院受診歴	( あり ・ なし ・ 不明 )			
連絡先	信楽中央病院 地域連携室 平日8:30~17:00(受付) TEL 0748-82-0249 FAX 0748-82-3060			