

診療予約票

依頼日 年 月 日

御紹介元																																																	
医療機関名												電話：																																					
医師名												FAX：																																					
先生																																																	
フリガナ												住所：																																					
男 ・ 女												TEL: () -																																					
患者氏名																																																	
生年月日		明治		大正		昭和		平成		令和		年		月		日生		歳																															
保険の有無		有		無		公費負担番号																																											
保険者番号		公費負担受給者番号																																															
保険者記号番号		被保険者・続柄												本人		家族																																	
主保険の開始日		老人保健												1割		2割		3割																															
紹介元医療機関の		外来患者		入院患者		当院受診歴		有		無																																							
傷病名・紹介目的																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 5%;">受診希望科</td> <td style="width: 5%;">救急科</td> <td style="width: 5%;">循環器内科</td> <td style="width: 5%;">糖尿病・血液内科</td> <td style="width: 5%;">呼吸器内科</td> <td style="width: 5%;">脳神経外科</td> <td style="width: 5%;">脳神経内科</td> <td style="width: 5%;">消化器内科</td> <td style="width: 5%;">外科\消化器外科</td> <td style="width: 5%;">乳腺外科</td> <td style="width: 5%;">産婦人科</td> <td style="width: 5%;">小児科</td> <td style="width: 5%;">整形外科</td> <td style="width: 5%;">泌尿器科</td> <td style="width: 5%;">耳鼻咽喉科</td> <td style="width: 5%;">眼科</td> <td style="width: 5%;">精神科</td> <td style="width: 5%;">麻酔科</td> <td style="width: 5%;">放射線治療科</td> <td style="width: 5%;">放射線診断科</td> <td style="width: 5%;">歯科口腔外科</td> <td style="width: 5%;">総合診療科</td> <td style="width: 5%;">女性総合診療科</td> <td style="width: 5%;">皮膚科</td> <td style="width: 5%;">形成外科</td> <td style="width: 5%;">心臓血管外科</td> </tr> </table>																								受診希望科	救急科	循環器内科	糖尿病・血液内科	呼吸器内科	脳神経外科	脳神経内科	消化器内科	外科\消化器外科	乳腺外科	産婦人科	小児科	整形外科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	眼科	精神科	麻酔科	放射線治療科	放射線診断科	歯科口腔外科	総合診療科	女性総合診療科	皮膚科	形成外科	心臓血管外科
受診希望科	救急科	循環器内科	糖尿病・血液内科	呼吸器内科	脳神経外科	脳神経内科	消化器内科	外科\消化器外科	乳腺外科	産婦人科	小児科	整形外科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	眼科	精神科	麻酔科	放射線治療科	放射線診断科	歯科口腔外科	総合診療科	女性総合診療科	皮膚科	形成外科	心臓血管外科																								
担当・希望医師氏名				担当医・希望医師への連絡												有		無																															
依頼項目		外来受診		入院		検査		紹介状		有		無																																					
ご希望の受診日		1. 年 月 日 () 時 分頃																																															
		2. 年 月 日 () 時 分頃																																															
		3. いつでもよい																																															
来院の方法		歩行		車椅子		ストレッチャー		救急車																																									
備考																																																	

*画像紹介の際は、別紙「画像検査紹介状（診療情報提供書）」をご使用ください。

