

阪和記念病院 診察 ・ 検査 依頼書

年 月 日

紹介元医療機関

TEL

医師名

FAX

ふりがな 患者氏名	男・女	生年月日	歳
患者住所	〒 電話番号 ()		
保険者番号	記号	番号	
本人 ・ 家族 (被保険者名)	資格取得日	有効期限	負担割合 1割・2割・3割
老人一部負担金等助成 □あり □なし	高齢受給者証 □あり □なし	その他助成等	
公費負担番号	公費受給者番号	有効期限	
労災 ・ 交通事故 ・ 医療保護 (福祉事務所)			
錦秀会受診歴	□あり ・ □なし		

★ 患者情報・保険情報に関しましては、保険証等のコピーをFAXしていただいても結構です。

依頼内容	
受診項目	□外来診察 □入院依頼 □CT検査 □MR検査 □内視鏡検査 (□上部・□下部)
紹介診療科	□一般内科 □耳鼻咽喉科 □泌尿器科 □人工関節 □整形外科 □皮膚科 □眼科 □脳神経外科 □脊椎・脊髄 □循環器科 □消化器内科 □消化器外科
受診希望日	① 月 日 () : ~ ② 月 日 () : ~
ADL	□独歩 □杖歩行 □車いす □ストレッチャー ・ ()
傷病名	
留意事項	禁忌薬 () ・ 抗血栓薬 () ・ 糖尿薬 ()

★ 診療情報提供書・採血データ・投薬内容等と共にFAXで送信していただければ幸いです。

★ 検査依頼の場合は、検査依頼箋をFAXで送信いただければ幸いです。

★ 緊急の受診や入院をご希望される場合は、お手数ですが直接お電話いただければ幸いです。

阪和記念病院 地域社会部 地域医療連携課

FAX送信先→06-6696-0106 (直通) 阪和記念病院 地域医療連携課