

申込日 年 月 日

【FAX】 072-980-2366 (地域連携課直通) 【TEL】 072-982-0073(直)
072-982-5101(代)

【放射線科の検査】 当院放射線科へ代表TELよりご依頼下さい。(☎072-982-5101)

【超音波検査】 先ず診察を受けていただき検査を行ないます。但し後日の検査になる場合もあります。

【内視鏡検査】 別紙での申し込みをお願いします。下部内視鏡検査は事前に受診が必要になります。

【受付時間】 9:00 ~ 17:00 (平日) / 9:00 ~ 11:30 (土曜日)

診療依頼目的	<input type="checkbox"/> 受診	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 検査	
希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌・代謝内科		<input type="checkbox"/> 神経内科
	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科
	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> リウマチ科		
	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
希望医師	<input type="checkbox"/> あり () 医師			<input type="checkbox"/> なし
病名・病状 (診療情報提供書がある場合は不要)				
※ 緊急時は直接ご連絡をお願いします。(診療情報提供書をご用意ください。)				
患者情報	ふりがな		大・昭・平・令	
	氏名	男・女	年	月 日 歳
	住所			
	電話番号			
所在		<input type="checkbox"/> 自宅(通院中)	<input type="checkbox"/> 入院・入所中	
保険情報 (保険証コピーで可)	保険者番号		記号	番号
	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	有効期限 令和 年 月 日	負担割合
	公費負担者番号		公費受給者番号	有効期限
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
付添者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・機関スタッフ)	
当院の受診歴	<input type="checkbox"/> あり (当院ID番号:) <input type="checkbox"/> なし			
希望日時	第一希望	令和 年 月 日 (曜日)	AM・PM	
	第二希望	令和 年 月 日 (曜日)	AM・PM	
	曜日希望	月・火・水・木・金・土		
貴医療機関名	担当医名:			
住所				
電話番号				
FAX番号				