

紹介・検査申込書

FAX送付

医療法人寿人会 木村病院(鯖江市)
FAX.0778-51-0624

地域医療連携室(直通) TEL.0778-51-6171

予約 緊急

申込日 平成 年 月 日

紹介元	医療機関		医師氏名		
	所在地	〒 -	TEL	FAX	

患者基本情報	ふりがな		性別	生年月日	
	患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
	住所	〒 -	TEL		
	当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 *当日は、必ず保険証をお持ちいただくようお願いします。			

診療科	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定あり	科	受診希望日	年 月 日
担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定あり	医師		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査			

診療情報提供書

* 別紙の診療情報提供書の用紙をお使いになる場合、下記の記載は不要ですが、申込書と同時にFAXをお願いします。

傷病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> その他
症状経過・検査結果					
現在の処方					
添付資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	X線・CT・MRI・心電図・検査記録・その他 ()			返却 要・不要