

日東病院 外来受診・検査・入院依頼書

医療法人社団 ときわ会

日東病院
地域医療連携室 宛

下記のとおり紹介致しますので、受診手続き下さい。

申込日：令和 年 月 日

紹介元医療機関の名称・所在地

〒

TEL： _____

医療機関名 _____ 担当者名 _____ FAX： _____

※ 患者様が、日東病院での受診歴のある方で診察カードをお持ちの場合は、番号を記入して下さい。

受診歴（有・無）ID番号（ _____ ）

※ 貴院カルテをFAXいただける場合は氏名・生年月日の記入のみで結構です。

フリガナ		性別	保険者番号							
氏名		男・女	記号・番号							
			保険者氏名							
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)	区分	本人・家族							
住所		負担割合	0・1・2・3・10割							
		公費番号								
TEL	(_____) - _____	受給者番号								
患者様の状態・症状経過・禁忌情報・特記事項をお書きください。										

《診療依頼内容》*該当するものに○を付けてください。

外来受診	・内科・循環器内科・糖尿病内科・消化器内科・腎臓内科 ・外科・心臓血管外科・泌尿器科・血液内科	受診医師名 *希望ある場合	
検査依頼	CT (・頭部・胸部・腹部・骨盤・その他 _____) 単純・造影・単純+造影		
	内視鏡検査 (・上部・下部・その他 _____)		
	エコー (・腹部・心臓・頸動脈・その他 _____) ・心電図 ・ホルター心電図		
入院依頼	・大部屋 ・個室		

《受診希望日》

第1希望日：	月 日 午前 ・ 午後	本日	2～3日以内
第2希望日：	月 日 午前 ・ 午後	1週間以内	特になし

FAX受領後、受診日等の確認が出来ましたら、ご担当者様へご連絡をさせていただきます。