

検査予約申込書 兼 紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

三好病院 宛

FAX : 0798-67-4255

受診希望科 _____ 科	医療機関名 _____
希望医師名 _____ 先生	所在地 _____
受診希望日 ①平成 年 月 日 ()	紹介医 _____ (印)
②平成 年 月 日 ()	TEL : _____
※上記受診希望日にご予約がお取りできない場合 □できるだけ早い日程を希望します。	FAX : _____
□再度連絡・調整を希望します。	

フリガナ	性別	住所 (〒 -)			
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男	携帯電話 :			
旧 姓	<input type="checkbox"/> 女				
生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 (歳)		固定電話 :			
依頼検査	<input type="checkbox"/> 脈波 <input type="checkbox"/> 骨塩定量				
傷病名 (疑い)					
病状経過 検査目的					
現在の処方					
保 険	保険者番号	公 費	負担者番号
	記号・番号		受給者番号
	有効期限	. . ~ . .		有効期限	. . ~ . .
	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族		負担割合・負担金	割
	負担割合	割	患 者 さ ま 状 況		<input type="checkbox"/> 外来通院中 (<input type="checkbox"/> 待機中 ・ <input type="checkbox"/> 帰宅済み)
その他	<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他の公費	<input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日 年 月 日)			