

診察 ・ 検査 依頼書 (FAX送信票)

紹介医療機関名		
医 師 名		
連 絡 先		
TEL: _____ FAX: _____		
診 察 依 頼	診療科	<input type="checkbox"/> 脊椎センター <input type="checkbox"/> 乳腺外来 <input type="checkbox"/> ()
	担当医	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定(医師)
	診察日	ご都合の悪い日や曜日()
検 査 依 頼	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 鎮静剤希望(内科受診予約) <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡(内科受診予約) <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 胃ろう交換	
	検査日	ご都合の悪い日や曜日()

患者基本情報

フリガナ		性 別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住 所		
電 話 番 号	TEL ()	

保険情報		公 費	
保険者番号		負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
資格取得日		有効期間	
有効期限		福祉医療	
本人・家族区分	本人 ・ 家族	福祉記号	
被保険者		受給者番号	
一部負担金割合		有効期間	