

診療予約申込書 兼 紹介状 (診療情報提供書)

(兵庫医科大学 緑樹会 会員用)

20 年 月 日

兵庫医科大学病院 医療支援センター宛 FAX : 0798-45-6002

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 20 年 月 日 ()	紹介医 _____ (印)
② 20 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 <input type="checkbox"/> できるだけ早い日程を希望します。 <input type="checkbox"/> 再度連絡・調整を希望します。	FAX : _____
※過去の当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	担当者 : _____

フリガナ	性別	住所 (〒 _____)
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男	
旧 姓	<input type="checkbox"/> 女	携帯電話 : _____
生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)		固定電話 : _____
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
傷病名 (疑い)		
既往歴 (家族歴)	<ul style="list-style-type: none"> ・ペースメーカーの有無 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無 ・薬品アレルギーの有無 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無 (薬品名 _____) ・抗凝固薬を処方されている場合、処置・検査の必要に応じ投薬を中止できるか。 (<input type="checkbox"/>可・<input type="checkbox"/>不可 / 中止できる日数 _____ 日程度) ・その他耐性菌検出歴等ご参考になることがございましたら、ご記入下さい。 	
病状経過 治療経過 検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙参照	
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照	
持参資料	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> X線・ <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> 内視鏡・ <input type="checkbox"/> 超音波・ <input type="checkbox"/> 心電図・ <input type="checkbox"/> 検査記録)	

保 険	保険者番号	_____	公 費	負担者番号	_____
	記号・番号	_____		受給者番号	_____
	枝番	_____		有効期限	_____
	有効期限	_____		負担割合・負担金	_____ 割 _____ 円
	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
	負担割合	_____ 割	患者さん状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 (<input type="checkbox"/> 待機中 ・ <input type="checkbox"/> 帰宅済み) <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
	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			