

### 診察・検査 依頼書(FAX送信票)

平成 年 月 日

紹介元	医療機関名			
	医師名	TEL (    —    —    )		
	連絡先	FAX (    —    —    )		
診療	診療科	<input type="checkbox"/> 診療科名	<input type="checkbox"/> 医師指定	医師
	担当医	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 診察希望日	・第1希望 年 月 日( )
	診察日	<input type="checkbox"/> 本日		・第2希望 年 月 日( )
療依	紹介目的 (部位・症状・病名等)	<input type="checkbox"/> 地域連携パス使用中 <input type="checkbox"/> 入院中		
	入院希望	<input type="checkbox"/> あり(受診後決定)    *精神科は、予め下記あてにお電話願います。 (注) 本院には、開放型病床はありません。		
検査	検査名 (目的・部位・造影の有無等)	[ 部 位 ]	(PET検査を依頼される場合のみ)	[ 造 影 ]
			<input type="checkbox"/> CT・MR検査済み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
依頼	検査日等	<input type="checkbox"/> できるだけ早く	<input type="checkbox"/> 検査希望日	・第1希望 年 月 日( ) ・第2希望 年 月 日( )
	感染症検査 (検査結果)	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施済み(実施項目及び結果をご記入下さい。) HBsAg(    ), HCV(    ), TPHA(    ), MRSA(    )		

\* FAXでの受付は平日8:30~19:00で、時間外の受信については翌日(平日)の返信になります。

### 患者基本情報

事前に診療録の準備をさせていただきますので、保険情報または保険証のコピーをお願いいたします。

フリガナ		性別	
患者氏名 (旧姓)		男 女	本人・家族
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒		
電話番号	TEL (    —    —    )		
保険情報	保険者番号		公費番号
	記号		
	番号		福祉医療
	負担割合	1割・2割・3割	
本院受診歴 (ご協力下さい。)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号 - - ) 本院は、全科共通1患者1診療録、診察券番号は永久使用で運用しております。		
連絡先	平日 8:30~19:00		左記以外(時間外・休日・年末年始)救急対応のみ
	患者支援センター TEL 077-548-2515 (直通) FAX 077-548-2792		医事当直室 TEL 077-548-2770 (直通) (各科当直医が対応)