

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 連絡先	TEL (- -) FAX (- -)		
診療 依頼	診療科 担当医 診察日	指定なし 指定なし 本日	診療科指定 医師指定 診察希望日	科 医師 年 月 日 ()
	紹介目的	地域連携パス使用中 入院中		
	入院希望	なし あり(受診後決定) (注) 本院には、開放型病床はありません。		
検査 依頼	検査名 (目的・部位・ 造影の有無等)			
	検査日等	できるだけ早く 医師指定	検査希望日 科	年 月 日 () 医師
	感染症検査 (検査結果)	未実施 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、時間外の受診については翌日(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	被保険者氏名	続柄
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	保険者番号		公費 番号	
	記号		福祉 医療	
	番号			
	資格取得	昭・平 年 月 日		
本院受診歴 (ご協力下さい。)	なし 不明 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 患者支援センター		左記以外(時間外・休日・年末年始)救急対応のみ 医事当直室	
	TEL 077-548-2515 (直通) FAX 077-548-2792		TEL 077-548-2770 (直通) (各科当直医が対応)	