

## 受診申込書

令和 年 月 日

医療機関名

住所

Tel・Fax

医師名

### ◆紹介目的

1 診療(外来受診・入院治療) ( )科 希望医師名( )医師)・なし

★依頼内容 (病状、病名など簡単にご記入ください)

### 2 検査のみ

CT(部位 )単純撮影・造影 MRI(部位 )単純撮影・造影

胃内視鏡 大腸内視鏡(※要受診) 胃透視 注腸透視(※要来院)

腹部エコー 心エコー 頸部エコー(甲状腺・頸動脈) 骨密度(DEXA)

その他( )

### ◆受診日

希望なし・希望あり

第1希望 令和 年 月 日( 曜日) AM : PM( 時 分)

第2希望 令和 年 月 日( 曜日) AM : PM( 時 分)

## 患者情報欄

|      |       |  |  |  |  |      |          |  |  |  |          |            |       |     |  |  |  |
|------|-------|--|--|--|--|------|----------|--|--|--|----------|------------|-------|-----|--|--|--|
| フリガナ |       |  |  |  |  |      |          |  |  |  | 生年<br>月日 | 大・昭<br>平・令 | 年 月 日 |     |  |  |  |
| 氏名   |       |  |  |  |  |      |          |  |  |  | 性別       | 男・女        | 当院受診歴 | 有・無 |  |  |  |
| 住所   | 〒     |  |  |  |  |      |          |  |  |  | Tel      | -          |       | -   |  |  |  |
|      |       |  |  |  |  |      |          |  |  |  | 携帯       | -          |       | -   |  |  |  |
| 保    |       |  |  |  |  |      |          |  |  |  | 公        |            |       |     |  |  |  |
| 険    | 記号    |  |  |  |  | 番号   |          |  |  |  | 費        |            |       |     |  |  |  |
| 区分   | 本人・家族 |  |  |  |  | 負担割合 | 1割・2割・3割 |  |  |  |          |            |       |     |  |  |  |