

様式1

診療・検査予約申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな 患者様氏名		性別	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 ( TEL - - )				
受診希望日	平成 年 月 日 ( ) 時				
貴院名 住 所 電話・FAX					医師名
現在、貴院に 通院中 ・ 入院中 ( 該当する方に○印をお願いします。 )					

●診療申込書

受診科名						医師名
主訴又は病名						
紹介の目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 ・上部消化管内視鏡検査 ( 食道・胃・十二指腸 ) <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査 ( 大腸・直腸 ) <input type="checkbox"/> 気管支鏡検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

●検査申込書

CT検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】				
MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】				
RI検査	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 ( 血流 ) <input type="checkbox"/> 心筋 ( 安静時 ) <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

その他当院への 連絡事項	
-----------------	--

以下につきましては、カルテや保険証のコピーを同時にFAX頂いて結構です。受診歴がある場合は記載 不要です。来院の際は必ず保険証の原本をお持ち頂きますよう、患者様へお伝えください。

保険番号	保険者番号	記号・番号	本人・家族の別
			本人・家族
公費番号	公費負担者番号	受給者番号	負担割合
			1割・2割・3割

【送信先】独立行政法人国立病院機構 南京都病院 地域医療連携室

電話 ( 直通 ) 0 7 7 4 - 5 2 - 0 1 9 1  
FAX 0 7 7 4 - 5 8 - 0 2 7 0