

診療申込書

重工大須病院 地域連携福祉相談室 行
FAX:052-212-8436

令和 年 月 日

受診 科 医師名

★ 紹介元医療機関名等

● 医療機関名

●登録医番号

●医師名

●TEL・FAX

★ 受診目的・要望検査(部位等を記入してください。)

★ 紹介目的終了後の診療方針(何れかに○印をつけてください。)

①紹介元医療機関

②重工大須病院

③両者の相談により決定

★ 薬物禁忌 有・無・不詳 ()

★ 感染症 有・無・不詳 () HBV+・- HCV+・-

※上部消化管内視鏡検査の申込みについては、感染症の有・無、症状及び感染症については、検査が行なわれていれば記入願います。

★ 診察希望日等(月日・午前・午後・曜日等の希望を記入して下さい。)

Empty box for consultation date preferences.

※ 初診患者様の場合は、太線枠内に記入して下さい。 再診の場合は、名前及び生年月日の記入だけで結構です。

患者番号

Main patient information table with fields for insurance, name, sex, date of birth, marital status, address, and medical history.