診療・検査予約申込書

年 月 日

【紹介医療機関の所在地】

生 年

月

済生会広島病院 地域医療連携室宛

FAX 082-820-1757

TFI 082-820-1747

フリガナ

名 称

医師名

TEL FAX

別

患者氏名						男・女	大・昭	• 平 • 令	年	月 E	∃ 歳
1	主 所										
電話番号		自宅()	_		勤務先•	携帯()		_	
									医師		
診療	診療科		科 	希望医師	有•無			医師	連絡	済	• 未
	入院希望	有•無	希望日	月	В	曜(3	連絡	(済	• 未)	
	紹介目的	診察 • 経過観察 • 手術 • その他 ()									
	主病名 症状等										
		MR	l · CT (単純 • 造器	影)	部位()	
	検査内容			T N 0 2 3	~ /	UP 1 (,	
	検査内容	*	ペースメー		- ,	,	CD持	ち帰り希望(有•		
検査の	検査内容		•	-力(有・	無)	*		5帰り希望(密度測定	有•		
検査のみ	検査内容 主病名 症状等		ペースメー	-力(有・	無)	*			有•	無)	
のみ	主病名 症状等 察•検査	超音波	ペースメー	-力(有・	無))		密度測定		無) PSG	
のみ	主病名		ペースメー	-力(有・ 心臓・頸動脈	無) (* 下肢) 年	骨	密度測定 F後 時		無)	•未)

- 待ち時間短縮のため、患者様が来院されるまでにカルテを作成したいと思いますので、お手数ですが上記に必要事項をご記入のうえ送信くださいますようお願い致します。
- ・担当診療科もしくは担当医に直接連絡された場合は、「連絡済み」の項目に〇印をお願い致します。
- ・受診当日は必ず診療情報提供書とマイナ保険証(健康保険証)を、お持ちくださるよう、患者様にお申し添え願います。

☆☆ ご紹介ありがとうございました ☆☆