

山口県済生会豊浦病院 病院 宛

依頼日 令和 年 月 日

診 療 予 約 票

紹介元 医療機関名 医師氏名						TEL :						
	先生					FAX :						
フリガナ	_____ 男・女					住所 :						
患者氏名						TEL :	()	-		
生年月日	明治	大正	昭和	平成	令和	年	月	日	生	歳		
保険の有無	有	無	/		公費負担番号							
保険者番号					公費負担受給者番号							
保険者記号番号						被保険者・続柄	本人	家族				
主保険の開始日	平成 令和	年	月	日	老人保険	1割	2割	3割				
紹介元医療機関の	外来患者	入院患者	紹介先医療機関の受診歴		有	無	/					
傷病名・紹介目的												
来院希望日	令和	年	月	日	依頼項目	外来受診	入院	検査	他			
患者来院時	時刻	時	分	頃	歩行	車椅子	ストレッチャー	救急車				
担当・希望医師氏名						担当・希望医師への連絡有無	有	無				
依頼先科名	(その他の場合は、空欄にご記入下さい。)					紹介状の有無	有	無				
内科	外科	小児科	形成外科	心臓外科								
呼吸器科	消化器外科	整形外科	泌尿器科	麻酔科								
循環器科	乳腺外科	眼科	皮膚科	歯科口腔外科								
腎臓内科	婦人科	耳鼻咽喉科	神経内科									
消化器内科	産科	放射線科	脳外科									
検査等項目 ※詳細項目・部位については下記の備考欄にご記入下さい。												
内視鏡	エコー	生理	CT	MRI	RI	その他						
備 考												

※ 該当を回答する欄にはチェックマークをご記入下さい。(マークは該当項目の左側に記入のこと)