

南大阪病院 診察・検査 依頼書

社会医療法人 景岳会 南大阪病院

医療機関名：

住所：

TEL：

FAX：

医師名：

科

先生

患者情報	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	氏名	(姓)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (才)
	住所	〒 — — — — — TEL — — — — — 携帯 — — — — —			

保険情報	保険者番号									公費負担番号								
	記号								受給者番号									
	番号						枝番			公費区分	<input type="checkbox"/> 高齢・ <input type="checkbox"/> 乳児・ <input type="checkbox"/> 子供・ <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 公害・ <input type="checkbox"/> 特疾・ <input type="checkbox"/> 障害・ <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 原爆・ <input type="checkbox"/> 水保・ <input type="checkbox"/> 生保							
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族																
	被保険者名																	
	当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし							労災	<input type="checkbox"/> 予定 ・ <input type="checkbox"/> 確定								
	自賠責	保険会社名			担当者名			TEL										

※保険情報に関しましては、保険証等のコピーをFAXして頂いても結構です。

受診依頼	受診項目	<input type="checkbox"/> 外来診察希望 ・ <input type="checkbox"/> 入院診察希望 (<input type="checkbox"/> 4床室・ <input type="checkbox"/> 個室・ <input type="checkbox"/> 開放病床)														
	受診希望日	令和 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 予約希望 ・ <input type="checkbox"/> 予約済 <input type="checkbox"/> AM ・ <input type="checkbox"/> PM (:)														
	不都合日	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()														
	傷病名															

※入院診察希望の場合、病床の都合上、折り返し患者様の状態をお聞きいたします。

検査依頼	検査項目	<input type="checkbox"/> CT (部位) ・ <input type="checkbox"/> MRI (部位) <input type="checkbox"/> 内視鏡 (部位) ・ <input type="checkbox"/> その他 (部位)														
	検査希望日	令和 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 予約希望 ・ <input type="checkbox"/> 予約済 <input type="checkbox"/> AM ・ <input type="checkbox"/> PM (:)														

備考 ()

※当院は予約制となっております。事前に内容確認が必要となりますので、診療情報提供書(紹介状)を併せてFAXで送信いただきますようお願いいたします。原本は必ず患者様にご持参いただくようお願いいたします。