

診療予約票・診療情報提供書

平成 年 月 日

ご希望があればお書きください

診療科 医師名		紹介元医療機関名
検査希望	MRI・CT・その他( ) 体内金属の有無( あり ・ なし ) ありの場合どこに: かつ ( )	医師名 (診療科)
希望受診日	第1希望 月 日 ( ) 第2希望 月 日 ( ) 第3希望 月 日 ( )	電話番号 ( )
		FAX番号 ( )

フリガナ	生年月日
患者氏名	明・大・昭・平 男・女 年 月 日 ( 歳)
住所 〒	
電話番号 ( )	

当院受診歴 あり・なし・不明

持参検査結果 MRI CT XP 血液・生検査結果 その他 ( )

貴院紹介状を別途ご使用される場合記入の必要はありません (別途紹介状 あり・なし)

傷病名(主訴又は病名)	症状経過もしくは治療経過
紹介目的	
既往歴及び家族歴	現在の処方

備考1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること

備考2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること

FAX受付時間 月曜～金曜 8:30～17:30 土曜 8:30～13:00

救急の場合は直接お電話(代表 084-931-8650)で「救急依頼」とお申し出ください。

電話での受付もしております。

診療状況によってご希望医師の診察にまわっていただけない場合がございますがご了承ください。