

診療予約申込書 兼 紹介状 (診療情報提供書)

(神戸市中央区 歯科医師会 会員)

20 年 月 日

兵庫医科大学病院 医療支援センター宛 FAX : 0798-45-6002

受診希望科 ペインクリニック 科
 希望医師名 高雄 由美子 先生
 受診希望日 ① 20 年 月 日 ()
 ② 20 年 月 日 ()

医療機関名 _____
 所在地 神戸市中央区
 紹介医 _____ (印)
 TEL : _____
 FAX : _____
 担当者 : _____

※上記受診希望日にご予約がお取りできない場合
できるだけ早い日程を希望します。
再度連絡・調整を希望します。
 ※過去の当院受診歴 有・無

フリガナ	性別	住所 (〒 -)
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男	
旧 姓	<input type="checkbox"/> 女	携帯電話 :
生年月日 M・T・S・H・ 年 月 日 (歳)		固定電話 :
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()	
傷病名 (疑い)		
既往歴 (家族歴)	<ul style="list-style-type: none"> ・ペースメーカーの有無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・薬品アレルギーの有無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (薬品名) ・抗凝固薬を処方されている場合、処置・検査の必要に応じ投薬を中止できるか。 (<input type="checkbox"/>可・<input type="checkbox"/>不可 / 中止できる日数 _____ 日程度) ・その他耐性菌検出歴等ご参考になることがございましたら、ご記入下さい。 	
病状経過 治療経過 検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙参照	
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照	
持参資料	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> X線・ <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> 内視鏡・ <input type="checkbox"/> 超音波・ <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録)	

保 険	保険者番号 (6ケタ/8ケタ)		公 費	負担者番号 (8ケタ)	
	記号・番号・枝番			受給者番号 (7ケタ)	
	有効期限	・		有効期限	・
	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		負担割合・負担金	割 円
	負担割合	割	患者さん状況		<input type="checkbox"/> 外来通院中 (<input type="checkbox"/> 待機中 ・ <input type="checkbox"/> 帰宅済み) <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日 年 月 日)
その他	<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他の公費				