

紹介患者受診予約申込書 (FAX送信用)

送信日時 年 月 日

【送信先】

医療法人防治会 いずみの病院
 患者サポートセンター
 TEL:088-826-5563(直通)
 FAX:088-826-5721(直通)
 ※受付時間:平日8:30~17:00

医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
診療科名
医師氏名
送信部署・担当者

希望診療科・医師	科	受診希望日	第1希望 年 月 日
			第2希望 年 月 日
担当医師事前連絡 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済		患者さんのご都合により来院できない日があれば、ご記入ください	年 月 日
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査(<input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> 内視鏡) <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
症状・病名	患者状況	現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中
備考		ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
		酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考	持続点滴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車・公共交通機関 <input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> 救急車	
備考	備考		
	診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 受診当日、患者さんが持参します <input type="checkbox"/> 郵送します	
		※添付資料 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 画像(<input type="checkbox"/> CD-R ・ <input type="checkbox"/> フィルム)] <input type="checkbox"/> 無	

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男	明・大	年 月 日	歳
		女	昭・平	年 月 日	
現住所	(〒 -)				
電話番号	自宅:() -	携帯:() -			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				

土日祝日・時間外(平日17:00~翌8:30まで)の間で至急の場合は、下記へお願いします

TEL:088-826-5511(代表・総合受付)

FAX:088-826-5510(代表・総合受付)