診療・検査依頼書（様式1）

（FAX送信票）

**I　紹介元医療機関情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　曜日） | | |
| 医療機関 |  | | |
| 医師名 |  | | |
| FAX番号 | - 　 　- | 電話番号 | - 　　 - |

**II　患者基本情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | 性　　別 | | 生年月日（ 明・大・昭・平・令 ） | |
| 患者氏名 | | |  | 男 | 女 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 住　所 | 〒　　　-　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　　-　　　　　　-　　　　　　　） | | | | | | |
| 傷病名・  紹介目的等 | | □スクリーニング　□精査　□フォローアップ | | | | | |
| **Ⅲ 診察希望記入欄** | | | | | | | |
| 診療科 | | | □指定なし　　　□診療科指定　　　　　　　　　　　科 | | | | □入院　　□外来 |
| 担当医 | | | □指定なし　　　□医師指定　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師 | | | | |
| 診察日 | | | □本日　　 午前・午後　　　　　　時頃  □診察希望日　　　年　　　月　　　日（　　　　曜日）午前・午後　　　　時頃 | | | | |

**Ⅳ 検査希望記入欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □腹部エコー　□心エコー　□胃透視　□胃カメラ　□大腸ファイバー | | |
| □ＣＴ | □単純ＣＴ（　　　　 　）  □造影ＣＴ（　　　　　 ）**※部位を（　）に記入してください** | |
| □血管造影（頭部を除く）  （　　　　　 ）**※部位を（　）に記入してください** | | |
| **※画像データについて選択してください**　□当日持ち帰り　□後日郵送　 □ＣＤ  **※読影結果について選択してください**　　□当日持ち帰り　□後日郵送 | | |
| 検査日など | | □できるだけ早く  □検査希望日　　　　年　　　月　　　日　午前・午後　　　時頃  □医師指定　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　医師 |

**Ⅴ　その他**

事前に診療録の準備をさせていただきますので、ご紹介患者様の保険情報または保険証のコピーを

お願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険情報** | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 記　号 |  | | | | | | | | | 公費番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 番　号 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格取得 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 福祉医療 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 有効期限 | 令和　　 　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 本人・家族 | 負担割合　　　　　　　　　割 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

**特定医療法人博愛会　広野高原病院　　　電話：078-994-1155　　FAX:078-994-9937**