

## 診察依頼書 (診療情報提供書)

希望受診科

- |                                       |                                       |                                     |                                  |                                   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 循環器科         | <input type="checkbox"/> 呼吸器科         | <input type="checkbox"/> 消化器内科      | <input type="checkbox"/> 腎臓高血圧内科 | <input type="checkbox"/> リウマチ膠原病科 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌・代謝内科 | <input type="checkbox"/> 神経内科         | <input type="checkbox"/> 精神科心療内科    | <input type="checkbox"/> 血液内科    | <input type="checkbox"/> 血液内科     |
| <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科       | <input type="checkbox"/> 消化器・一般・低侵襲外科 | <input type="checkbox"/> 乳腺科        | <input type="checkbox"/> 婦人科     | <input type="checkbox"/> 形成外科     |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科         | <input type="checkbox"/> 皮膚科          | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科      | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科   | <input type="checkbox"/> 形成外科     |
| <input type="checkbox"/> 整形外科         | <input type="checkbox"/> 脳神経外科        | <input type="checkbox"/> 正常圧水頭症センター | <input type="checkbox"/> 眼科      |                                   |
| <input type="checkbox"/> 放射線科         | <input type="checkbox"/> その他 ( )      |                                     |                                  |                                   |

担当医 \_\_\_\_\_ 先生

受診希望日 当日 数日以内

第1希望 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

第2希望 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医療機関名  所在地  TEL FAX 医師名 _____ 印	
---	--

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者氏名				
住所		TEL		職業
紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診依頼 <input type="checkbox"/> 精密検査依頼 <input type="checkbox"/> 入院依頼 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
診断名				
主訴 症状経過	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 食思不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 意識障害			
既往歴				
内服薬	<input type="checkbox"/> 別紙参照			

※受付手続き後に「診察予約票」を折り返し FAX にてお送りいたします。

予約確定の通知先  医院のみ     医院と患者自宅 (電話連絡のみ)