

診察・検査予約申込書

(記入用紙)

尾鷲総合病院 (FAX送信票)

(紹介元)

医療機関名
医師名

(依頼項目)

診察	<input type="checkbox"/> 医師指定 (医師名) _____ <input type="checkbox"/> 指定なし	
	診療科	<input type="checkbox"/> 診察のみを希望 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小児クリニック
検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> 単純部位 () <input type="checkbox"/> 造影
	その他	<input type="checkbox"/> 腸ろう交換 種類 _____ サイズ _____ <input type="checkbox"/> 胃ろう交換 種類 _____ サイズ _____
希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり (希望日) ① _____ ② _____ ※希望日に関しては希望に添えない場合もございますのでご了承ください	
患者状態	<input type="checkbox"/> 盲目 <input type="checkbox"/> 意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他	
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車いす
検査目的	※簡潔に記入ください(電子カルテに転記しますので100文字以内でお願いします)	
患者情報	〒 _____ 患者住所 _____ フリガナ _____ 患者氏名 _____ 電話 _____ 生年月日 _____ (男・女)	
	身長 _____ cm 体重 _____ kg <input type="checkbox"/> 現在貴院に当院での受診歴が <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明	

※医療機関を受診される際には保険証・お薬手帳を必ず持参してください

尾鷲総合病院 地域連携室

FAX 0597-23-0603
 電話 0597-22-3111 (代表)