

地域連携室行

真庭市国民健康保険湯原温泉病院

平成 年 月 日

診療予約申込書

(FAX送信用・貴院控)

FAX (0867) 62-2223

紹介先医療機関

TEL (0867) 62-2221

真庭市国民健康保険湯原温泉病院

受診希望科 _____ 科

紹介元

希望医師名 _____

医療機関名

住所

希望来院日 平成 年 月 日 () 曜日

TEL

FAX

医師名

真庭市国民健康保険湯原温泉病院・来院歴 有・無・不明

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 年齢 (歳)
患者氏名				
住所	〒 _____ Tel () - _____			
保険者番号		記号・番号		
公費番号		公費受給者番号		

傷病名	
紹介(検査)目的	
	入院希望(有・無)

☆診察申込み(検査のみの場合はこの欄の記入は不要)

受診科名		緊急度	要する・要しない
※希望医師名			

※希望医師名は必ずしも必要ではありません。紹介内容により当方が専門医を選択します。

☆検査申し込み

X線診断	CT撮影	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎、胸椎、腰椎、仙椎)
	消化管造影	<input type="checkbox"/> 食道および胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸透視	
	一般撮影	部位:	撮影方法:
	乳房撮影	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方	
緊急度	上部	<input type="checkbox"/> 汎上部消化管	*感染症のチェックがあれば教えて下さい。 *生検不可となる薬剤(抗凝固剤、抗血小板剤など) 服薬の有無(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)
要する・要しない	下部	<input type="checkbox"/> 全大腸 <input type="checkbox"/> S状結腸	