

# 長崎県壱岐病院診察予約申込書

お申し込み日 年 月 日

**壱岐病院**

**科**

**医師**

(ご希望医師があればご記入下さい)

紹介元医療機関名		所在地		TEL	
担当医名		先生		FAX	
紹介患者		保険番号		公費負担者番号	
住所		被保険者証の記号番号		公費負担受給者番号	
氏名		被保険者との続柄		公費負担割合	
生年月日		本人 ・ 家族			
可能な範囲でご記入下さい。事前カルテ作成を致します。					

## 紹介目的 (該当項目に○をつけて下さい)

<p>《外来》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・内科(            )</li> <li>・外科</li> <li>・整形外科</li> <li>・産婦人科</li> <li>・小児科</li> <li>・眼科</li> </ul>	<p>《検査依頼》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・MRI (部位            )</li> <li>・CT (部位            )</li> <li>・XP (部位            )</li> <li>・骨密度測定</li> <li>・マンモグラフィー</li> <li>・カメラ( GIF CF )</li> <li>・その他(            )</li> </ul>
<p>ご希望日時(            )</p> <p>* 可能な限り対応致しますが、希望日時、担当医師が外来でない場合がございます。 その際は、症状等より判断し担当科医師へ紹介させていただきます。予めご了承下さい。</p>	

診断名(疑い病名も含む)

病状、治療経過・薬品等

備考、その他