

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 担当医名		先生		TEL
				FAX
紹介患者 住所	氏名 様		保険番号	公費負担者番号
氏名	性別 男 女		被保険者証の記号番号	公費負担受給者番号
生年月日			被保険者との続柄 本人 ・ 家族	公費負担割合
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)

《外来》 ・内科 () ・外科 ・整形外科 ・産婦人科 ・小児科 ・眼科 ・皮膚科 ・泌尿器科 ・耳鼻科 ・精神科 ・専門外来 () ・造影検査 (CT ・ MRI)	《検査依頼》 ・MRI (部位) 読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ・CT (部位) 読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ・XP (部位) ・骨密度測定 ・マンモグラフィー ・カメラ (GIF CF) ・その他 ()
---	--

ご希望日時 ()

* 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頂きます。予めご了承下さい。

診断名(疑い病名も含む)

病状、治療経過・薬品等

備考、その他