

※該当項目には、□チェック、○印あるいは記入をお願いします。

宛先 社会医療法人 天神会 新古賀病院 FAX:0942-38-2294

フリーダイヤル 0120-885-086 TEL:0942-38-2292

外来紹介依頼書 兼 診療情報提供書

年 月 日

紹介者	貴医療機関名		診療科	
	住所		貴医師名	(印)
	電話	FAX	ご担当の方	

患者情報	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 歳
	現住所		電話() -	

希望施設・検査内容	<input type="checkbox"/> 入院中の患者 (<input type="checkbox"/> 退院予定 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定)
	<input type="checkbox"/> 新古賀病院 <input type="checkbox"/> 新古賀クリニック
	希望診療科[科] 希望医師[] <input type="checkbox"/> 医師へ事前連絡済
	<input type="checkbox"/> 診察のみ <input type="checkbox"/> 診察+検査 <input type="checkbox"/> 入院依頼
	<input type="checkbox"/> 検査のみ ・検査予約日(年 月 日 []) 画像提供方法(<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要)

診療関連情報	・受診希望日 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土) (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後)
	【希望検査】 <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI (造影 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ・ <input type="checkbox"/> RI ・ <input type="checkbox"/> エコー
	<input type="checkbox"/> 内視鏡 (<input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部) <input type="checkbox"/> その他 []

主訴及び傷病名と紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び治療経過、検査結果等
改行の際は、Alt キーを押しながら Enter キーを押してください。 ※この文章は削除できます。

現在の処方
