

関門医療センター 下関市立市民病院

下関医療センター

済生会下関総合病院

下関市立豊浦病院

FAX: (083)

FAX: (083)

FAX: (083)

FAX: (083)

FAX: (083)

241-1302

224-3861

228-0338

262-2321

775-4149

下関医療センター 宛

依頼日

年

月

日

診療予約票

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|-------|------|--------|---------------|-----|---------|-----|----|-------|----|----|---|--|--|
| 紹介元 医療機関名 医師氏名 | 〒 | | 先生 | | TEL : | | | | | FAX : | | | | | |
| フリガナ | 男・女 | | | | 住所 : | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | | | | | TEL : | () | | - | | | | | | | |
| 生年月日 | | 大正 | | 昭和 | | 平成 | | 令和 | 年 | | 月 | 日生 | 歳 | | |
| 保険の有無 | | 有 | | 無 | 公費負担番号 | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | 公費負担受給者番号 | | | | | | | | | | |
| 保険者記号番号 | | | | | 被保険者・続柄 | | | | 本人 | | 家族 | | | | |
| 主保険の開始日 | 年 | | 月 | 日 | 老人保険 | 1割 | | 2割 | | 3割 | | | | | |
| 紹介元医療機関の | | 外来患者 | | 入院患者 | 紹介先医療機関の受診歴 | | | | 有 | 無 | | | | | |
| 傷病名・紹介目的 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 来院希望日 | 年 | | 月 | 日 | 依頼項目 | | 外来受診 | 入院 | 検査 | 他 | | | | | |
| 患者来院時 | 時刻 | 時 | | 分頃 | 歩行 | 車椅子 | ストレッチャー | 救急車 | | | | | | | |
| 担当・希望医師氏名 | 先生 | | | | 担当・希望医師への連絡有無 | | | | 有 | 無 | | | | | |
| 依頼先科名(その他の場合は空欄にご記入下さい) | | | | | 紹介状の有無 | | | | 有 | 無 | | | | | |
| 内科 | 外科 | 小児科 | 形成外科 | 心臓外科 | | | | | | | | | | | |
| 呼吸器科 | 消化器外科 | 整形外科 | 泌尿器科 | 麻酔科 | | | | | | | | | | | |
| 循環器科 | 乳腺外科 | 眼科 | 皮膚科 | 歯科口腔外科 | | | | | | | | | | | |
| 腎臓内科 | 婦人科 | 耳鼻咽喉科 | 神経内科 | | | | | | | | | | | | |
| 消化器内科 | 産科 | 放射線科 | 脳外科 | | | | | | | | | | | | |
| 検査等項目 ※詳細項目・部位については下記の備考欄にご記入下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内視鏡 | エコー | 生理 | CT | MRI | RI | その他 | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | |

※該当を回答する欄には ✓ チェックマークをご記入下さい。(マークは該当項目の左側に記入のこと)