

下関市立豊田中央病院 宛

地域連携室 TEL:083-766-1285

FAX:083-766-1291

依頼日 令和 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	明治	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	平成 令和	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	令和	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			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) 2019.5~