

平成 年 月 日

紹介元医療機関

TEL

医師名

FAX

# 診療依頼

ふりがな 患者氏名		男・女	M・T S・H	・	・	歳
患者住所	〒 - ( ) -					
保険者番号		記号		番号		
本人 ・ 家族 (被保険者名)		資格取得日		有効期限		負担割合
		H ・ ・ ~ H ・ ・				1割 ・ 3割
公費負担番号		公費受給者番号		有効期限		
				~H ・ ・		
				~H ・ ・		
労災 ・ 交通事故 ・ 医療保護 (				福祉事務所)		その他助成等 有 ・ 無

- ★ 診療情報提供書（CT検査のご依頼の場合はX線-CTScan申込書）と一緒にお送りください
- ★ その他必要ある場合別紙添付をお願い致します

受診希望診療科	科	受診希望医師名	
受診希望日時	① 月 日 ( ) : ~ ② 月 日 ( ) : ~	阪和住吉総合病院への 受診歴	有 ・ 無
ADL	歩行 ・ 車イス ・ ストレッチャー		
紹介目的	受診依頼 ・ CT検査依頼 ・ 内視鏡依頼 ( 上部 ・ 下部 ) ・ 入院依頼		
傷病名			
留意事項等	禁忌薬 ( ) ・ 抗血栓薬 ( ) ・ 糖尿病薬 ( )		