

診察予約申込書

(医療連携室行 FAX 03-3430-3611)

(第三病院 提出用2)

東京慈恵会医科大学附属第三病院

平成 年 月 日

依頼科名だけでも構いません。内科・外科は専門別を記載

紹介元医療機関名

科 先生 所在地

(受診予定日)

第1希望	月	日()	時	分
------	---	------	---	---

第2希望	月	日()	時	分
------	---	------	---	---

緊急性	(有・無)
-----	-------

TEL

FAX

医師氏名

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記号・番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者との続柄	本人・家族
----------	-------

当院受診歴	有・無
-------	-----

当院患者番号	— —
--------	-----

検査依頼	(CT・MRI・MRA・エコー・骨シンチ・アイソトープ・生理・他)
------	-----------------------------------

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

負担割合	1割・2割・3割
------	----------

紹介目的(※簡単に紹介目的をお書きください。)

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女
------	--	------	-------------------------	-----

住 所	〒 -	TEL (自宅) () (携帯) ()
-----	-----	--------------------------

病 名 (主 訴)	
--------------	--

紹介目的	入院・転医・検査 手術・リハビリテーション	その他 () 患者返送希望 (有・無)
------	--------------------------	-------------------------

既往歴 (家族歴)	薬物アレルギー (有・無)
--------------	---------------

病状経過 治療経過 検査結果	
----------------------	--

現在の処方	
-------	--

備 考	添付資料 (有・無) (X-P・ECG・内視鏡フィルム・検査データ・その他)
-----	---

診察予約申込書

(医療連携室行 FAX 03-3430-3611)

(紹介元医療機関控 3)

東京慈恵会医科大学附属第三病院

平成 年 月 日

依頼科名だけでも構いません。内科・外科は専門別を記載

紹介元医療機関名

科 先生 所在地

(受診予定日)

第1希望	月	日()	時	分
第2希望	月	日()	時	分

TEL

FAX

医師氏名

緊急性 (有・無)

保険者番号

公費負担者番号

記号・番号

受給者番号

被保険者との続柄 本人・家族

負担割合 1割・2割・3割

当院受診歴 有・無

紹介目的(※簡単に紹介目的をお書きください。)

当院患者番号

検査依頼 (CT・MRI・MRA・エコー・骨シンチ・アイソトープ・生理・他)

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女
患者氏名				
住所	〒		TEL (自宅) () (携帯) ()	
病名 (主訴)				
紹介目的	入院・転医・検査 手術・リハビリテーション		その他 () 患者返送希望 (有・無)	
既往歴 (家族歴)	薬物アレルギー (有・無)			
病状経過 治療経過 検査結果				
現在の処方				
備考			添付資料 (有・無) (X-P・ECG・内視鏡フィルム・検査データ・その他)	