

(ご紹介初診予約・ご依頼検査予約) 診療申込書

※どちらかに○をおつけください。

お申し込み医療機関様情報

貴医療機関名		様
および ご芳名		先生
お電話番号		
FAX番号		

※ 貴医療機関のスタンプで結構ですが、お名前とお電話およびFAX番号は必ずご記入ください。

お申し込み患者様情報

(フリガナ) 患者様氏名		ご住所	
	(男・女)		
生年月日	M・T・S・R 年 月 日	お電話番号	

今月又は前月に算定した管理料はありますか？	<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料	<input type="checkbox"/> 特定施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/> 在宅末期医療総合診察料
	<input type="checkbox"/> 在宅自己注射指導管理料を除く在宅療養指導管理*自己導尿・在宅酸素等)		

患者様保険情報

保険者番号		記号・番号		本人・家族
公費 ①	公費番号		受給者番号	
公費 ②	公費番号		受給者番号	

※ お手数をおかけいたしますが、できましたらご記入ください。(高齢者・老人の方は負担割合の記入をお願いします。)

◇◇◇ご紹介初診予約◇◇◇

ご希望診療科	①神経内科 ②呼吸器内科 ③消化器内科 ④循環器内科 ⑤内分泌・代謝内科 ⑥一般内科 ⑦外科 ⑧消化器外科 ⑨整形外科 ⑩小児科 ⑪眼科 ⑫泌尿器科 ()科 ※上記の番号をお書きください。
ご希望医師	医師
ご希望受診日	
第1希望	20 年 月 日
第2希望	20 年 月 日

◇◇◇ご依頼検査予約◇◇◇

検査種類	①腹部超音波 ②心臓超音波 ③その他超音波(部位:) ④負荷心電図 ⑤ホルター心電図 ⑥胃カメラ ⑦CT(部位:) ⑧骨塩定量 ⑨乳房X線 ⑩MRI(部位:) ⑪胃透視 ⑫栄養指導 () ※上記の番号をお書きください。
ご希望検査日	
第1希望	20 年 月 日
第2希望	20 年 月 日

柏市立柏病院
《地域医療支援センター》
電話番号 04 (7134) 1503
FAX番号 04 (7134) 1504
代表番号 04 (7134) 2000
<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>