

(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 ご芳名 お電話番号 FAX番号	様 先生

※ 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	(男・女)	ご住所	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	お電話番号	

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、できましたら患者様保険情報をご記入ください。

◇◇◇ご紹介初診予約◇◇◇			
ご希望診療科	①呼吸器内科 ②消化器内科 ③腎臓内科 ④循環器内科 ⑤内分泌・代謝内科 ⑥小児科 ⑦小児外科 ⑧外科 ⑧脳神経外科 ⑩整形外科 ⑪泌尿器科 ⑫眼科 () 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腹部エコー ②心エコー ③その他の部位のエコー(部位 :) ④トレッドミル ⑤ホルター心電図 ⑥マンモグラフィー ⑦骨塩定量 ⑧CT【単純・造影】(部位 :) ⑨冠動脈CT ⑩MRI【単純・造影】(部位 :) ⑪胃カメラ () ※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>