

診療申込書

大須病院 地域医療連携室 殿

令和 年 月 日

受診 科 医師名 先生

★ 紹介元医療機関名等

●医療機関名 ●登録医番号

●医師名 ●TEL・FAX

★ 受診目的・要望検査(部位等を記入してください。)

★ 紹介目的終了後の診療方針(何れかに○印をつけてください。)

①紹介元医療機関 ②大須病院 ③両者の相談により決定

★ 薬物禁忌 有・無・不詳 ()

★ 感染症 有・無・不詳 () HB+・- HCV+・-

※上部消化管内視鏡検査の申込みについては、感染症の有・無、症状及び感染症については、検査が行なわれていれば記入願います。

★ 診察希望日等(月日・午前・午後・曜日等の希望を記入して下さい。)

Empty box for consultation date preferences.

※ 初診患者様の場合は、太線枠内に記入して下さい。 再診の場合は、名前及び生年月日の記入だけで結構です。

診療録番号

- 1. 社保 4. NTT
2. 国保 5. 公費
3. 退職者

Table with columns for patient info, insurance, and medical history. Includes fields for name, sex, date of birth, marital status, and various medical codes (01-87).