【　紹介患者様ＦＡＸ予約票　】

平成　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会福祉法人恩賜財団済生会  千葉県済生会習志野病院 外来予約センター  電話　０４７－４７３－１２９８　（直通）　　　　　 ＦＡＸ ０４７－４７３－１２９１　（直通）  ＣＴ検査専用  電話　０４７－４１１－７４３８　（直通）　　　　　 ＦＡＸ ０４７－４７３－１２８６　（直通）  　　　　　　　科　　　　　　　　　　先生 | | | | | 医療機関名 | |  | |
| 所　在　地 | |  | |
| 電　　　 話 | |  | |
| 医　師　名 | |  | |
| 【　患　者　情　報　】 | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 当院受診歴 | | | 有　　・　　無　　・　　不詳 | |
| 患者氏名 |  | | | 性　　別 | | | 男　・　女 | |
| 電話番号 |  | | | 生年月日 | | Ⅿ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　　　月　　　　日 | | |
| 希　望　予　約　日 | | | | 月　　　　日 | | | | |
| 【　診療情報提供書　】 | | | | | | | | |
| 傷病名又は主訴 | | | | | | | | |
| 紹介目的 | 【１】外来  【２】入院 | 【３】検査 | （1）内視鏡　　 ①胃　　　　②大腸 | | | | | 【４】放射線治療  ①部位 |
| （2)ＣＴ　　　　①単純　　　②造影　　　③部位 | | | | |
| ④読影　　　　要　・　不要 | | | | |
| ⑤画像返信方法　１）CD　２）フィルム※要費用 | | | | |
| ⑥返却方法　　　１）宅配　２）患者持ち帰り | | | | |
| （3）その他検査 | | | | |
| 既往歴及び家族歴 | | | | | | | | |
| 症状経過及び検査結果 | | | | | | | | |
| 治癒経過  現在の処方  備考 | | | | | | | | |
| ●患者様のご紹介に関するお問い合わせは、外来予約センターにて承ります  　電話　０４７－４７３－１２９８（直通）　　　FAX　０４７－４７３－１２９１（直通） | | | | | | | | |