

# 濟生会二日市病院診察申込書

濟生会二日市病院

申込日

年

月

日

科宛

依頼医療機関

担当医師

先生

住所

TEL ( ) -

|                 |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|---|----|---|----|--|--|-------------|----|----|----|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 番 号       |  |   |    |   |    |  |  | 公 費 負 担 番 号 |    |    |    |  |  |  |  |  |
| 被保険者証の記号番号      |  |   |    |   |    |  |  | 公費負担受給者番号   |    |    |    |  |  |  |  |  |
| 被保険者名・続柄        | (本人・家族)  |   |    |   |    |  |  | 負 担 割 合     | 一割 | 二割 | 三割 |  |  |  |  |  |
| フリガナ<br>患者氏名    |  |   |    |   |    |  |  | 住所          |    |    |    |  |  |  |  |  |
| 生年月日            | M  | T | S  | H | R  |  |  | TEL         |    |    |    |  |  |  |  |  |
|                 | 年  | 月 | 日生 | ( | 才) |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
| 依頼項目            | <input type="checkbox"/> 外来受診 希望日 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 入院 |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
| 傷病名(主訴)<br>紹介目的 |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
| 現病歴             |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
|                 |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
|                 |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
| 検査所見            |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
|                 |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
|                 |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
| 治療経過            |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
|                 |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
|                 |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
| 現在の処方           |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
|                 |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |
| その他             |  |   |    |   |    |  |  |             |    |    |    |  |  |  |  |  |

FAX092-923-7175