

※FAX 受診後、予約票を FAX にて返信します。届かない場合はご連絡を下さい。

紹介状 (診療情報提供書) 兼 検査・診療 予約申込書

*別途紹介状は不要です

申込年月日: 年 月 日

読影レポート報告日

月 日 () に

お届けします ・ 発送します

ので、貴院で結果説明をお願いします

検査・診察希望日

第1希望 月 日 ()

第2希望 月 日 ()

第3希望 月 日 ()

次回外来日: 月 日 ()

紹介元
医療機関名

住所

TEL

FAX

所属/送信者

*当院受診歴 あり なし

フリガナ	男・女	年 月 日 (歳)
患者氏名		
自宅 ()	携帯 ()	—
住所 〒		

予約希望内容

紹介目的	検査 ・ 診察 ・ 診察と検査 ・ () 年後のフォローアップ
	エコー (心・頸部・腹部) ・ 心電図
	内視鏡(上部・下部) *一度外来受診後、別日に検査予約となります
	その他検査 ()
	*CT (単純・造影)・MRI (単純・造影) の場合は 別紙専用検査申し込み用紙も合わせて必ずご記載下さい
診療依頼	脳神経外科 / 神経内科 / 循環器内科 / 内科 / 整形外科 / 消化器科 / 呼吸器内科 腎臓内科 / 糖尿病科 / 泌尿器科 / 形成外科
主訴または病名 [症状:]	
*紹介状扱いとなりますので、こちらの欄に詳細を必ずご記入頂きますようお願い致します。 (別途追加情報等がある場合は、必ず予約日前日までに FAX を頂きますようお願い致します) *CT・MRI 検査の場合は、別紙の詳細記入欄にご記載いただければこちらの欄の記載は不要です。	

医療連携室(直通 TEL)03-5696-1871 (平日 8:30~17:00、土曜 8:30~12:00)

2021年1月27日改訂