

※当院記入欄

					—					
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

年 月 日

天理よろづ相談所病院 紹介患者予約申込書 兼 診療情報提供書

(予約申し込みFAX番号 0743-63-6158)

受付時間平日9:00~16:30(土日祝日及び4/1、12/29~1/3を除く)※FAX受信は24時間対応です

希望診療科 _____ 科

希望担当医 _____ 医師

冠動脈320列CT(心臓CT)検査予約のみ

紹介元医療機関名	登録医No ()
所在地	
担当診療科	
医師名	印
TEL	
FAX(ご予約票送付用)	

患者情報

フリガナ		性別	生年月日									
患者氏名		男・女	明 大 昭 平	(歳)								
住所	〒 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									TEL	()	
病名												
紹介内容	<p>※この申込用紙は診療情報提供書(紹介状)を兼ねています。</p> <p>※別書式の紹介状を使用される場合、紹介内容の欄は、空欄で結構です。その場合、申込書と別書式の紹介状をあわせてFAX送信してください。</p>											
待ち状態	<input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外	持参資料	血液検査・X線・CT・MRI・内視鏡・心電図									
緊急性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	当院の受診	<input type="checkbox"/> あり(旧姓) <input type="checkbox"/> なし									

受診希望日・曜日など

都合の悪い日

いつでも可

※注意事項 診療情報提供書の原本は患者さんにお渡し頂き、当院受診時にご持参下されますようご案内下さい。

- ① 担当医師、受診希望日の希望に添えない場合がございます。ご了承ください。
- ② 予約日の調整に医師の確認が必要な診療科が一部あり、回答が遅くなる場合があります。その際は、当院から紹介元医療機関担当者の方へ、電話にてご連絡いたします。
- ③ 予約申込書FAX送信後、40分過ぎても診察予約票が届かない、若しくは②が無い場合はお手数ですが下記までご一報下さいますように宜しくお願いいたします。
- ④ 受付時間外のFAX到着分は、翌日に処理させていただきます。