診察予約申込書 (兼 診療情報提供書) (様式1)

貴医療機関名： 記入日：(西暦) 年 月 日
 診療科：
 貴医師名： 印
 住所： TEL：
 FAX：

フリガナ				大・昭・平・令・西暦
患者氏名	(旧姓：)	男・女	生年月日	年 月 日 () 歳
住 所	〒 - 固定 () - 携帯 () -			
患者さま状況	☐ 外来待機中 / ☐ 帰宅済み ☐ 入院中(☐ DPC 対応 / ☐ DPC 非対応)(退院予定日：)			
移動方法	☐ 歩行 / ☐ 車椅子 / ☐ ストレッチャー	お付き添い	☐ あり / ☐ なし	
来院手段	☐ 救急車 / ☐ 介護タクシー / ☐ 自家用車 / ☐ その他			
保険情報	☐ 後期高齢 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生活保護 ☐ 労災/通災 ☐ 交通事故			
外国の方	日本語 [☐ 可 / ☐ 不可→通訳付添 (☐ 可 / ☐ 不可) ・ 会話可能な言語 ()]			
希望診療科	科	希望医師名		
希望日	① 月 日 ② 月 日 ※希望日にご予約がお取りできない場合… ☐ できるだけ早い日程をご希望			

↓『診療情報提供書』を添付される場合は、下記記入不要です。

診療情報	傷病名・紹介目的
	病状(症状)・経過・既往症・薬物アレルギー等
	現在の処方等