

診 察 申 込 書

関西電力病院 地域医療連携室 御中

TEL(06)7501-1406(直通)

FAX(06)6458-0347(直通)

受診科	科	紹介元医療機関 (住 所)	
医師名	先生	(電 話・FAX)	
		(医 師 名)	

【紹介目的】

診 察 病名・主訴 []
診察目的 []

検 査 病名・検査目的 []
※下記“検査内容”から選択下さい

入 院 原則、転院以外は診察後入院となります。
[糖尿病教育入院: 二泊三日コース 以外 (日間)]

[希望部屋 個室 大部屋]

その他 ()

【検査内容】

超音波検査 腹部超音波 甲状腺エコー (ドップラー 有・無)
頸動脈エコー 心臓エコーのみ 心臓エコー後診察
身長 (cm) 体重 (kg)

その他 ()

その他検査 ()

希望年月日: 年 月 日 ()

既往歴・感染症等情報 ()

※CT・MRI等の検査申込は専用申込用紙をご使用ください。

【 当院での受診歴 有 ・ 無 】

患者氏名	(フリガナ)	(生年月日)
	男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日 (才)
住所・TEL	〒 TEL ()	
保険情報	記号・番号	公費負担
	保険者番号	