

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:平成 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) | 男 ・ 女 | (生年月日) |
| | | | 大・昭・平 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 | | |