

外来予約申込書

(紹介先医療機関)

医療法人社団桜会

小林 病院

〒090-8567

北見市北3条西4丁目2番地

TEL 0157 (23) 5188 (直通)

FAX 0157 (23) 8332 (直通)

科 医師

(紹介元医療機関)

住 所

医療機関名

電 話 番 号

FAX 番号

医 師 名

印

フリガナ		状態	外来で待っている・帰宅済・入院中
患者氏名	様 (男・女)	住所	
生年月日(明・大・昭・平・令)	年 月 日(歳)	TEL ()	-

紹介目的	☐ 外来	☐ 検査	☐ 入院	☐ その他()
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

受診希望日 ①希望	(無・有/ 月 日)	AM・PM
②希望	(無・有/ 月 日)	AM・PM
③希望なし		

希望検査	
1.CT(部位:) 単純・造影	5.上部消化管内視鏡検査
2.MRI(部位:) 単純・造影	6.下部消化管内視鏡検査
3.マンモグラフィー	7.その他()
4.超音波検査(部位:)	()
※検査のみの場合・・・ CD-R(画像データ)(要 ・ 不要) 読影(要 ・ 不要)	

主 病 名	
傷 病 名	
症 状 経 過	☐ 別紙参照
治 療 経 過	
患者の状態	歩行可・車椅子・ストレッチャー 身長(cm)体重(kg)
感染症・薬剤アレルギー等	感染症(未・無・有/) 薬剤過敏(無・有/)

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費受給者番号	
区分	本人・家族・現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ		
割合	9割・8割・7割・ア・イ・ウ・エ・オ	労災 公務災害 自賠償 その他	