

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) 5171 (代表)

FAX 0157 (61) 8071 (代表)

受付時間：9：00～16：00

科 医師

年 月 日

(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	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	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 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

希望検査			
1.CT(部位:)	単純・造影	4.超音波検査(部位:)	
2.MRI(部位:)	単純・造影	5.その他()	
3.マンモグラフィー		()	
※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 治療経過 処方等	<input type="checkbox"/> 別紙参照
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