

# (ご紹介初診予約・ご依頼検査予約) 診療申込書

※どちらかに○をおつけください。

## お申し込み医療機関様情報

貴医療機関名		様
および		
ご芳名		先生
お電話番号		
FAX番号		

※ 貴医療機関のスタンプで結構ですが、お名前とお電話およびFAX番号は必ずご記入ください。

## お申し込み患者様情報

(フリガナ) 患者様氏名		ご住所	
	(男・女)		
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	お電話番号	

## 患者様保険情報

保険者番号		記号・番号		本人・家族
公費 ①	公費番号		受給者番号	
公費 ②	公費番号		受給者番号	

※ お手数をおかけいたしますが、できましたらご記入ください。(高齢者・老人の方は負担割合の記入をお願いします。)

## ◇◇◇ご紹介初診予約◇◇◇

ご希望診療科	①呼吸器内科 ②消化器内科 ③内分泌・代謝内科 ④一般内科 ⑤外科 ⑥消化器外科 ⑦整形外科 ⑧小児科 ⑨眼科 ⑩泌尿器科 ( )科 ※上記の番号をお書きください。
ご希望医師	医師

## ご希望受診日

第1希望	20	年	月	日	第2希望	20	年	月	日
------	----	---	---	---	------	----	---	---	---

## ◇◇◇ご依頼検査予約◇◇◇

検査種類	①腹部超音波 ②心臓超音波 ③その他超音波(部位: ) ④負荷心電図 ⑤ホルター心電図 ⑥胃カメラ ⑦CT(部位: ) ⑧骨塩定量 ⑨乳房X線 ( ) ※上記の番号をお書きください。
------	---

## ご希望検査日

第1希望	20	年	月	日	第2希望	20	年	月	日
------	----	---	---	---	------	----	---	---	---

柏市立柏病院  
 《地域医療支援センター》  
 電話番号 04 (7134) 1503  
 FAX番号 04 (7134) 1504  
 代表番号 04 (7134) 2000  
<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>