年　　　　月　　　　　日

**診　　察　　申　　込　　書**

**関西電力病院　地域医療連携室　宛**

**ＴＥＬ（０６）７５０１－１４０６（直通） ＦＡＸ（０６）６４５８－０３４７（直通）**

**診療情報提供書を添付のうえ、お申し込みください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受診科** | **科** |  | 紹介元医療機関 （住 所）  （電話・FAX）  （医 師 名） |  |
| **医師名** | **先生** |
| **医師同士相談** | **□あり（　　　　　　　医師）　□なし** |

|  |
| --- |
| **【**紹介目的】  □診　察　　病名・主訴［　　 　　 　　　　　　　　　　　］　　　　　　　　　 診察目的  　 □検　査　　病名・検査目的［ 　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 ］  　　【検査内容】  　　 超音波検査 □腹部エコー　 □甲状腺エコー  □頚動脈エコー □心臓エコー  　　　　　　　　　　 身長（　　　　cm）　　体重（　　　　kg）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　）  **※放射線検査、内視鏡検査は専用申込用紙をご使用ください。**  　　　□糖尿病教育入院　 原則、直接入院となります。  　　　　　　　　　　□二泊三日コース　□以外（　 　日間 ）  　　　　　　　　　　　希望部屋　□個室　　□大部屋 |
| 【患者さま状況】□外来待機中　　□帰宅済み　　□入院中  　【来院方法】　　□独歩　　□車イス　　□ストレッチャー　　【付き添い】□あり　□なし  　【外国人の方】　日本語での会話　□可　　□不可　会話可能な言語：  日本語の分かる方の付添　□あり　　□なし  既往歴・感染症等情報（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  **希望年月日:　　　　年　　月　　日（　　　）** |

【 当院での受診歴　有　(ID：　　　　　　　) 　・　 無　 】

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