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**
医師名	**先生**
医師同士相談	□あり(　　医師)　□なし

紹介元医療機関 （住　所） （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［　　］

【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	
	男・女		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			