



(紹介医療機関→笠寺病院)

笠寺病院 診療予約申込書

令和 年 月 日

地域医療連携室

FAX:052-824-4338

TEL:052-824-4339

紹介元医療機関	医療機関名																												
	医師名																												
	電話																												
	FAX																												
受診者	フリガナ																												
	氏名												性別	男・女															
	生年月日		明・大・昭・平・令		年		月		日		(歳)																		
	住所																												
	電話		自宅												携帯														
診療科												CT		透視		エコー			PWV										
	内科	呼吸器内科	消化器内科	内分泌・代謝内科	循環器内科	神経内科	外科	消化器外科	整形外科	皮膚科	乳腺外科	検査	単純	造影	上部消化管	大腸	頸部	心臓	腹部	血圧脈波検査	胃内視鏡								
													部位																
予約希望日		<input type="checkbox"/> 第1希望		令和		年		月		日		()		希望医師		()													
		<input type="checkbox"/> 第2希望		令和		年		月		日		()		希望医師		()													
		<input type="checkbox"/> 希望なし																											

傷病名(紹介目的: 1.受診依頼(外来・入院) 2. 検査依頼)

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方