

福岡赤十字病院診察申込書（FAX専用）

申込日 令和 年 月 日

福岡赤十字病院

科

先生

依頼医療機関

(担当医師)

住 所

TEL / FAX

フリガナ 患者氏名	男・女	住 所
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 (乳幼児 ヶ月 日) (才)		TEL
公費負担者番号		保 険 者 番 号
公費負担受給者番号		被保険者証の記号番号
		被保険者名・続柄(本人・家族) (割)

	受診希望日 令和 年 月 日 曜 (検査予約時間 時 分)
依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診
	<input type="checkbox"/> 即日入院 開放型病床入院希望 (有・無)、貴院での在宅療養指導の算定 (有・無)
	<input type="checkbox"/> その他 PTA・骨シンチ・胃カメラ CT・MR () ※CT・MR はご希望の範囲をご記入下さい。 (造影剤使用について 腎機能の問題: 有・無・不明)
傷病名	
紹介目的	
1. 既往歴 家族歴	
2. 症状 経過	
3. 検査結果	
4. 治療経過	
5. 処方	
6. 備考	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。