

# 診療情報提供書

神戸市医師会医療センター診療所 御中

予約日	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	:	

令和 年 月 日

医院コード		電話番号	
医療機関名		医師名	
住所			

患者氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
			年 月 日	
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保(本人) <input type="checkbox"/> 国保(家族) <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費	負担割合	割	
保険者番号		記号・番号		
診断名		当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

診療情報

ご依頼される検査	注意事項		
<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡(経口)	高血栓薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	施行医師からの結果説明 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	薬品名		
※前日 21 時以降絶食をお願いします。 ※事前に紹介状の FAX をお願いします。	※現在服用中のお薬すべてで記入ください。		

<input type="checkbox"/> UBT(除菌前)	<input type="checkbox"/> UBT(除菌後)	除菌終了日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	<input type="checkbox"/> 骨密度		<input type="checkbox"/> 胸部単純(正)
<input type="checkbox"/> 胸部単純(側)	<input type="checkbox"/> 心臓超音波		<input type="checkbox"/> 肺機能
<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> 心電図		<input type="checkbox"/> マンモグラフィー
<input type="checkbox"/> 血液検査: 検査セット名をご依頼ください ( )			