

診療予約兼診療情報提供書

担当医 科 先生

紹介医療機関

所在地

名称

科名

医師名

電話番号

FAX番号

印

予約・診療希望日

第1希望日 月 日 (曜日) 時頃

第2希望日 月 日 (曜日) 時頃

荻窪病院受診歴 有 ( 年 月頃) ・ 無

保険者番号		公費負担番号	
被保険者証、被保険者手帳の記号・番号		公費負担医療の受給者番号	
資格取得 年 月 日	有効期限 年 月 日	年 月 日から	年 月 日
被保険者との続柄 (本人・家族)	継続の有無 (有・無)		
被保険者名 (フリガナ)	被保険者からみた患者続柄		

※受診当日にはこれら各種被保険者証をご持参いただくよう、患者様にご指事をお願いいたします。

フリガナ		性別 男・女	年齢 歳
患者氏名	様	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所・電話番号	〒 ( )		
紹介目的	傷病名		
既往歴および家族歴	薬物アレルギー 無 有 ( )		
症状経過および治療経過			
<p>内視鏡検査の場合は、下記項目のご記入をお願いします。</p> <p>○現在治療中の疾患：心疾患 (有 無) 緑内障 (有 無) 糖尿病 (有 無) 前立腺肥大 (有 無)</p> <p>○抗凝固剤の内服 (有 無) 「有」の場合、服用中止したのは、( 年 月 日より)</p>			
検査結果	現在の処方		