

# エコー(超音波) 検査予約申込書 (診療情報提供書)

年 月 日

<b>紹介先：汐田総合病院</b> 〒230-0001 横浜市鶴見区矢向1-6-20 患者サポート室（地域連携）行 TEL 045-574-1396 FAX 045-574-1542
------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>紹介元：保険医療機関</b> 所在地 医療機関 医師名 印 TEL FAX
---------------------------------------------------------

<b>予約日時</b> 年 月 日 曜日
-------------------------

\*お電話でお申込みいただいた際にお伝えした日程をご記入ください。

<b>紹介患者情報</b>					
フリガナ 氏名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	性 歳別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -				
電話		携帯電話			

<b>紹介目的</b>	
エコー：	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺

<b>診療情報提供 (傷病名・検査目的・既往歴・症状経過・備考)</b> 病名： 検査目的： 既往歴：
--------------------------------------------------------------

<b>現在の処方・その他</b>