

# 《江坂キッズ専用》大和病院 診察・検査 依頼書

【送付先】江坂キッズ 連絡先：06-6380-2638 (TEL・FAX)

※ かかりつけ医療機関の方がご記入ください ※

【紹介元】 令和 年 月 日

かかりつけ医受診日

令和 年 月 日 ( 曜日) 午前診 午後診

江坂キッズ 利用希望日

令和 年 月 日 ( 曜日)

医療機関名

住所

医師名

TEL

FAX

連絡先担当者

## 診 察

希望診療科

内 科

発熱外来

## 検 査

検査内容

新型コロナウイルス抗原検査 (定量)

インフルエンザ迅速検査

## 紹介目的

※ 簡単で結構ですのでご記入をお願いします。

【患者情報】 \*当院の受診歴が有る方は、氏名、性別、生年月日だけで結構です。(カルテID: )

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
氏 名	ご本人:	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 (年齢 歳)
	保護者:		年 月 日
住 所	〒 -	携帯	-
		自宅	-
保険者番号:	記号:	番号:	被保険者: 本人・家族
負担割合: 割	公費番号:		受給者番号:

\*個人情報の取扱いについて

当院では、診療及び病院の運営管理に必要な範囲においてのみ、患者様の個人情報を収集及び利用いたします。ご不明な点があれば、大和病院代表 (06-6380-1981) までお問い合わせください。

【検査を受けるご本人の保険情報もご記入をお願いします】