

ご紹介患者様予約申込書

F A X : 087-833-8162

受付時間 : 月～金 8:30～17:00
土 8:30～12:00
上記時間以外は翌日受付となります。
連携室直通 TEL 087-833-8161

医療機関名 :

住 所 :

医師名 :

TEL :

FAX :

【患者様情報】

ふりがな		住所	〒									
氏 名												
男	女	生年月日	M	T	S	H	R	年	月	日	電話番号	

【希望日】

第1希望: 月 日 () 第2希望: 月 日 () 第3希望: 月 日 ()

【診察・検査目的】

☐ 内科 ☐ 整形外科 ☐ 乳腺外科 医師名 () ☐ 検査
※主訴又は傷病名 (必ずご記入ください。)

【検査項目】

<内視鏡検査>

☐ 上部内視鏡検査

実施 : 経鼻 ・ 経口 → 経口時の鎮静剤の使用 なし ・ あり
抗血栓剤投薬 : なし ・ あり (薬剤名)

☐ 大腸内視鏡検査

※ 大腸内視鏡検査については、内科診察後に予約させていただきます。内科予約をお申込ください。

<放射線>

☐ CT 部位 () ☐ MRI (0.3テスラ) 部位 ()

造影剤 : なし ・ あり → 3ヶ月以内のクレアチニン値 mg/dl 検査日 平成 年 月 日
糖尿病薬服用 : なし ・ あり (薬剤名)

結果 : CD-R ・ フィルム 所見 : 患者様持ち帰り ・ 郵送

【外来リハビリ】

病名 () 起算日 (年 月 日)
退院日 (月 日)
希望日数 (回/週)

※診療情報提供書(紹介状)は、できれば予約申込時にFAXをお願いします。 折り返し「予約票」をFAXいたします。
時間外や緩和ケア紹介は、代表番号 (087-833-8113) へご連絡ください。