

市立貝塚病院診察・検査予約申込書

※ 送信先: 地域医療連携室 FAX 072-438-5511 TEL 072-422-5865(内線:236) 又は438-5522(直通)

★フリガナ・生年月日はお間違えないようご確認ください。

(予約申込日: 令和 年 月 日)

フリガナ	男・女
患者氏名	
M・T	
S・H・R	年 月 日 生 才
〒	
住所	
電話	
当院受診歴: あり・なし / 貴院: 外来・入院	

医療機関所在地:
医療機関名称:
医師氏名:
電話番号:
FAX番号:

※希望医師および希望日については、ご希望にそえない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

1 診察予約

①希望診療科(□に✓印をお付けください)	
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 内科(外来栄養指導)	
②希望医師	③希望日時
あり () 医師・なし	令和 年 月 日 ()
④申込(紹介)目的(必ずご記入ください)	午前・午後 時 分ごろ

2 検査予約

※内視鏡検査については専用の申込書をご利用ください。

※中学3年生までの患者様は、検査前に小児科受診が必要な場合があります。

※FreeStyleリプレセンサーを装着している患者様は、一般撮影、CT、MRI、放射線療法は行えません。

①検査希望項目(必要な項目の□に✓印をお付けください)	
◆ C T	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 部位()
◆ MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 部位() <u>ペースメーカー: 有・無</u>
※CT・MRIの造影又は、おまかせをご希望の際はご記入ください(6か月以内のクレアチニン及びeGFR)	
測定日(年 月 日)	・クレアチニン値 mg/dl ・eGFR ml/min/1.73m ²
◆ <input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査
◆ <input type="checkbox"/> ホルター心電図	
◆ <input type="checkbox"/> その他	
②希望日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分ごろ
③ 申込(紹介)目的(必ずご記入ください)	④以下いずれかにチェックをお付け下さい。
	<input type="checkbox"/> CD-R 必要
	<input type="checkbox"/> CD-R 不要

※ 紹介患者様が入院中の場合、「受診状況連絡書」のFAXもお願いします。

※ ご来院当日には必ず紹介状(診療情報提供書)をご持参ください。