

# 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	
外来・入院	
当院受診歴:あり・なし / 当院患者ID	

医療機関所在地:
医療機関名称:
医 師 氏 名:
電 話 番 号:
F A X 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

※原則、入院の必要性については医師の判断によります。

### ①希望診療科(口に✓印をお付けください)

- 内 科     消化器内科     外 科     乳腺外科     整形外科     皮膚科  
 泌尿器科     産婦人科     眼 科     小 児 科     神経内科     形成外科  
 内科(外来栄養指導)

### ②希望医師

あり ( ) 医師・なし

### ③希望日時

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リブ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(必要な項目の口に✓印をお付けください)

- ◆ C T     単純     造影    部位( )  
◆ MRI     単純     造影    部位( )    ペースメーカー:有・無

※CT・MRIの造影をご希望の際はご記入ください(7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<sup>2</sup>

- ◆  心エコー     腹部超音波検査

- ◆  ホルター心電図

- ◆  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。

- CD-R 必要  
 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。