

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(□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 | ☐ 単純 | ☐ 造影 | 部位 () |
| ◆ M R I | ☐ 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/1.73m²

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| ◆ ☐ 心エコー | ☐ 腹部超音波検査 | eGFR値30未満の場合、点滴による補液処置を行います。 |
| ◆ ☐ 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。