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 患者氏名	男・女
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 :

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。
※未成年者(18歳未満)の外来受診は原則、保護者等の同行をお願いしております。

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)

◆ ＣＴ　□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/1.73㎡

◆ □ 心エコー　　□ 腹部超音波検査
◆ □ ホルター心電図
◆ □ その他

eGFR値30未満の場合、点滴による補液処置を行います。

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。