

FAX: 0120-271-287

受付時間: 月～金 8:30～18:30

土曜日 8:30～12:00

上記時間以外は翌日受付となります。

地域連携室直通 TEL 086-271-0917

貴施設名:

住所:

TEL:

FAX:

担当者名:

【希望日】※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。

第一希望: 月 日 () 第二希望: 月 日 () 第三希望: 月 日 ()

□【診察】

() 科 医師名 ()

※主訴又は傷病名(診療情報提供書もFAXお願い致します)

整形外科・泌尿器科・皮膚科・眼科は、予約制ではないので診療日のAM11:00までにお越しください。

【検査】

□ 胃内視鏡 ※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。

実施 経鼻 ・ 経口 → 経口時の鎮静 必要 ・ 不要

※不要で申し込みの場合、検査当日に鎮静に変更は出来ません

抗血栓剤服薬 なし ・ あり → 薬品名 ()

※休薬について (不可 ・ 可)

□ 胃ろうボタン交換 ※実施日 毎週 月・火・木・金

交換日希望日: ()

※交換前に、同意書記入の為の内科予約を別日で取らせていただきます。日程はご案内させていただきます。

□ 放射線 ※検査ご依頼時は、放射線科 亀田祐子 医師宛ての紹介状を事前にFAXお願いします。

□ CT 部位 () □ MRI 部位 () □ 骨塩定量

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 月 日)

※糖尿病薬服薬 なし ・ あり

※ありの場合、薬剤名 []

結果 CD-R ・ フィルム 所見 後日郵送させていただきます。

【患者様情報】

ふりがな		男 女			
氏名		(旧姓)	住所		
生年月日	M T S H R	年	月	日	電話番号
ADL(移動)	独歩	杖歩行	車椅子	ストレッチャー	現在の状況
					入院中 通院中

折り返し「予約票」をFAXいたします。

緊急時・時間外・即日入院の必要な時は、代表番号(086-272-2121)へご連絡ください。