

外来受診・検査(CT/MRI/骨密度、胃カメラ/大腸カメラ)予約用

総合病院岡山協立病院 地域医療連携センター 宛 申込日： 年 月 日
 地域連携室直通 FAX：0120-271-287
 (TEL：086-271-0917)

ご紹介患者様 予約申込書

受付時間：月～金曜日 8：30～18：30
 ※上記時間帯以外は翌日受付となります。
 ※受診日当日のご予約は各科へお問い合わせください。
 ※時間外のお問い合わせは代表番号へ直接ご連絡ください。
(代表番号：086-272-2121)

貴施設名：
 住所：
 TEL：
 FAX：

予約希望日 ※診療情報提供書(紹介状)は予約申込書とともに、事前にFAX送信をお願いします。

第1希望： 月 日 第2希望： 月 日 第3希望： 月 日

主訴または傷病名 (紹介状添付の際は、記載不要)

項目選択

【診察】： 内科・総合診療科・神経内科・外科・脳神経外科
 耳鼻咽喉科・婦人科・小児科・緩和ケア外来
 希望医師： ()

注※1 嚥下評価【VE(嚥下内視鏡検査)・VF(嚥下造影検査)】のご予約は内科診察をお申し込みください。
 注※2 緩和ケア外来のご予約は、折り返し担当MSWよりご連絡をさせていただきます。
 注※3 上記以外の科では、予約の受け付けはしていません。外来診療予定表をご確認の上、午前11時までに総合受付にお越しください。

【検査-放射線科】

骨密度
 CT 部位 ()
 MRI 部位 () ペースメーカー埋込 (有・無)

CT/MRI
 必須項目

①造影剤 あり ・ なし
 ※ありの場合：3ヶ月以内のクレアチニン値 mg/dl(検査日： 月 日)
 ②ビグアナイド系糖尿病薬服薬 あり ・ なし
 ※薬品名 () ※休薬：(可能・不可)

【検査-内視鏡】 ※大腸内視鏡検査は、内科診察後の予約となります。内科予約をお願いいたします。

胃カメラ
 全項目必須
 ①実施 経鼻 ・ 経口 ②経口時の鎮静 必要 ・ 不要
 ※鎮静不要で申し込みの場合、検査当日に鎮静必要に変更はできません。
 ②ワーファリン服薬 あり ・ なし
 ③鎮痙剤使用 可能 ・ 不可 ※疾患名 ()

【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

※予約票と診療情報提供書をFAXにて受信後、折り返し地域連携室より「予約票」をFAX送信いたします。

ご予約に関し調整のため、お時間をいただくこともございます。調整が必要となった際は、事前にお電話をさせていただきます。