

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：

御担当者名：

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）

□【診察】

： 内科 ・ 総合診療科 ・ 神経内科 ・ 外科 ・ 脳神経外科 ・ 脳神経内科
耳鼻咽喉科 ・ 婦人科 ・ 小児科 ・ 緩和ケア外来

□希望医師： ()

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おりません。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 部位 ()
□ CT 部位 ()
□ MRI 部位 () ペースメーカー埋込 (有 ・ 無)

CT/MRI
必須項目

造影剤 なし ・ あり

※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)

ビグアナイド系糖尿病薬服薬 なし ・ あり

※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 ①実施 経鼻 ・ 経口 ②経口時の鎮静 必要 ・ 不要

全項目必須

※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 (緑内障 心疾患 前立腺肥大症 その他)

注※ 嚥下内視鏡検査、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。

【患者様情報】

ふりがな		男 ・ 女	住所	
氏 名		※旧姓		
生年月日	M ・ T ・ S ・ H ・ R 年 月 日	電話番号		
A D L (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。