

## ご紹介患者様 予約申込書

地域連携室直通 FAX: 0120-271-287

(TEL: 086-271-0917)

受付時間：月～金曜日 8:30～18:30

土曜日 8:30～12:00

※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。

※緊急時や時間外で即日入院の必要な際は、代表番号へ直接ご連絡をください。(代表番号: 086-272-2121)

貴施設名：

住所：

TEL：

FAX：

御担当者名：

【診察-①】

診療科：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。

医師名：( )

予約希望日

第1希望日： 月 日( ) 第2希望日： 月 日( ) 第3希望日： 月 日( )

主訴または傷病名

※診療情報提供書(紹介状)は、予約申込時にFAXをお願いします。

診療情報提供書添付 有り ・ 無し (主訴・傷病名： )

【診察-②】

診療科：皮膚科・整形外科・泌尿器科・疼痛治療科・眼科

医師名：( )

※上記の科では、予約の受け付けはしておりません。

●ご紹介の際は事前に診療情報提供書(紹介状)のFAXをお願いします。

●外来診療予定表をご確認の上、午前11時までに必ず総合受付にて受け付けをお願いします。

【検査】※診療情報提供書(紹介状)は、予約申込時にFAXをお願いします。

胃内視鏡 ※大腸内視鏡検査については、内科診察後に予約をさせていただきます。  
 上記【診察-①】にて、内科予約のみお申し込みください。

予約希望日

第1希望日： 月 日( ) 第2希望日： 月 日( ) 第3希望日： 月 日( )

実施 経鼻 ・ 経口 → 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。

抗血栓剤服薬 なし ・ あり → 薬品名( )  
 休業について ( 可 ・ 不可 )

胃ろうボタン交換

①  面談後、後日交換を希望 ※交換は面談の1週間後となります。

面談希望日(交換日は別日)

第1希望日： 月 日( ) 第2希望日： 月 日( ) 第3希望日： 月 日( )

②  面談と交換を同日で希望 ※実施日 毎週 月・木・金曜日に実施しております。

面談・交換希望日(同日)

第1希望日： 月 日( ) 第2希望日： 月 日( ) 第3希望日： 月 日( )

放射線

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

予約希望日

第1希望日： 月 日( ) 第2希望日： 月 日( ) 第3希望日： 月 日( )

造影剤 なし ・ あり → ※ありの場合は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( )  
 休業について ( 可 ・ 不可 )

【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、速やかに予約をお取ります。折返し地域連携室より「予約票」をFAX送信いたします。ただし、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、地域連携室よりお電話をさせていただきますのでご了承願います。