

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

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：

予約希望日

希望日

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

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

主訴または傷病名 (紹介状同時FAX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

注※1 嚥下評価【VE(嚥下内視鏡検査)・VF(嚥下造影検査)】のご予約は内科受診とともに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時までに必ず総合受付にて受け付けをお願いします。

【検査-1】

放射線科：
 骨密度
 CT 部位()
 MRI 部位() → ペースメーカー埋込(有・無)
 ①造影剤 あり・なし
 → ※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)
 ②ビグアナイド系糖尿病薬服用 あり・なし
 → ※薬品名()
 → ※休薬 可能・不可

CT/MRI
必須項目

【検査-2】

胃カメラ：
 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。
 ③抗血栓剤服用 あり・なし
 → ※薬品名()
 → ※休薬 可能・不可
 ⑤鎮痙剤使用 可能・不可
 → ※疾患名()

全項目必須

【検査-3】

大腸カメラ：
※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。

【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。