

診療予約申込・連絡書(FAX 用)

年 月 日

医療機関名: _____ TEL: _____ ()

医師氏名: _____ FAX: _____ ()

◆下記患者様についての 診療・検査予約を、申し込みます。
 後ほど連携担当からご連絡します。
 診療・検査予約は、申し込み済みです。

左の該当する箇所に
 チェックをお願いします。

| | | | | |
|----------|------|-------|--------|----------------|
| ご紹介患者様情報 | フリガナ | | 生年 | 明治 大正 昭和 平成 令和 |
| | 氏名 | 様 男・女 | 月日 | 年 月 日(歳) |
| | 住所 | 〒 - | 貴院患者番号 | |
| | 電話 | () | 当院受診歴 | 有 ・ 無 ・ 不明 |

| | | | | |
|------------|------|-------------|---------|----------------|
| ご紹介患者様保険情報 | 本人家族 | | 本人 ・ 家族 | |
| | 保険証 | 保険証記号 | 保険証番号 | |
| | | 保険者番号 | 資格取得年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| | 公費番号 | 負担者番号 | 受給者番号 | |
| 適応年月日 | | 平成 令和 年 月 日 | | |

ご依頼予約内容 予約希望日時 ・ 予約日時 _____ 月 _____ 日 () _____ :

※該当する診療科の左欄に○をつけてください。

| | | | | |
|---|--|-----------------|--|--|
| CT 検査 検査部位: ※単純のみの場合、検査部位の隣に「単純」と記載ください。 | | 消化器内科 | | 脳神経外科 |
| | | 循環器内科 | | 泌尿器科 |
| | | 糖尿病・内分泌内科 | | 産婦人科(婦人科) |
| | | 血液内科 | | 産婦人科(産科) |
| | | 呼吸器内科 | | 眼科 |
| MRI 検査 検査部位: ※単純のみの場合、検査部位の隣に「単純」と記載ください。 | | 睡眠時無呼吸外来 | | 耳鼻咽喉科 |
| | | 腎臓膠原病内科 | | 歯科口腔外科 |
| | | 脳神経内科 | | 整形外科 部位(下記該当に○) 上肢・股関節・手、足関節 膝・脊椎 その他() |
| RI(骨シンチ)検査 | | 認知症サポート(メモリー外来) | | |
| マンモグラフィー検査 | | 小児科 | | |
| DEXA(骨塩定量測定) | | 外科 | | |
| | | 乳腺外科 | | |
| | | 心臓血管外科 | | |
| | | リウマチ科 | | |
| | | 形成外科 | | |

<連絡事項>

※CT、MRI、マンモグラフィー検査は予約時間の30分前までに総合案内へおいでください。

※RI(骨シンチ)検査は必ず午前9時までに総合案内へおいでください。

<令和6年4月改訂>