

ご紹介病客さま 診療・検査予約申込書

(平成21年10月1日改訂)

ご紹介元情報	医療機関名		
	医師名	先生	
	電話番号	-	-
	FAX番号	-	-
	担当者名 () さま		



心臓病センター 榊原病院

地域医療連携室 予約専用番号

FAX:086-223-5245

予約受付時間 8:30~17:00(休日除く)

連携室直通TEL:086-225-7711

※FAXをいただきましたら、15分以内に予約票を返信させていただきます

※ドクターカー及び救急車搬送のご依頼は、代表電話(086-225-7111)にお電話いただければ救急担当医師へおつなぎ致します

※可能であれば、診療情報提供書もFAXをお願いします(当日の持参でも結構です)

基本情報・保険証情報	フリガナ		男・女	生年月日	明・大	年	月	日
	病客氏名				様	昭・平	()才	
	現住所		(〒 -)		TEL	-	-	
	主保険	保険者番号			被保険者名	本人・家族		
		記号			負担割合	割		
		番号			有効期限	年	月	日
公費	負担者番号			負担金額	円			
	受給者番号			有効期限	年	月	日	

※基本情報ならびに保険証情報につきましては、別の形式でも結構です

ご希望内容 (A又はBのどちらかを、お選び下さい)	A <input type="checkbox"/> 診療予約 <small>※検査を含めた診察の予約になります</small>	ご希望日時	月 日() 午前()時()分・午後()時()分					
		受診科	循環器内科・糖尿病内科・一般内科・乳腺・眼科 心臓血管外科・末梢血管外科・創傷ケア/フットケア・消化器外科					
		ご希望医師	有() 医師)・無					
		紹介目的						
	B <input type="checkbox"/> 検査予約 (共同利用) <small>※診察なしで検査のみの予約になります</small>	ご希望日	月 日() 午前・午後					
		ご希望検査	超音波検査(心臓・腹部・頸動脈・末梢血管) 胃内視鏡・マンモグラフィ・24時間心電図・ABI・RI CT検査(検査部位:) 造影の有無(有・無) MRI検査(検査部位:) 造影の有無(有・無)					
		問診欄の検査前確認事項はCT/MRI予約時に記入して下さい	問診欄	●腎機能障害の有無(有・無)⇒(直近のクレアチニン値: 月 日:[])				
		●喘息の有無(有・無) / ●アレルギーの有無(有・無) ●過去のMRI歴の有無(有・無) / ●過去のCT造影歴の有無(有・無) ●体内金属(医療用を含む)の有無(有・無) / ●ペースメーカーの有無(有・無)						