

ご紹介病客さま 診療・検査予約申込書

(2021年4月改訂)



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(月~土) 8:30~16:45

連携室直通TEL: 086-225-7711

紹介元情報	医療機関名		
	医師名	先生	
	TEL:	-	-
	FAX:	-	-
	担当者名 () さま		

※紹介状が前提の予約申込みになります

※FAXをいただきましたら、30分以内に予約票を返信致します

※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

基本情報	フリガナ		男・女	生年月日	明・大	年	月	日
	病客氏名	様			昭・平	()	才	
	紹介目的	※診療情報提供書の添付がある場合は記載は不要です。						
	受診歴	有 (榊原病院ID:) ・ 無						
	現住所	(〒 -)	TEL	- -				
	来院時状況	独歩 ・ (座位が保てる)車椅子 ・ ストレッチャー						

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 ※検査を含めた診察の予約になります	[1] ご希望日時	希望なし 第一希望 月 日() ・ 第二希望 月 日() AM ・ PM
		[2] 受診科	()科
		[3] ご希望医師	有 (医師) ・ 無
	B <input type="checkbox"/> 検査予約 (共同利用) ※診察なしで検査のみの予約になります	① ご希望日時	希望なし 第一希望 月 日() ・ 第二希望 月 日() AM ・ PM
		② ご希望検査	胃内視鏡 ・ RI(薬剤・運動) 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) 超音波検査(心臓・腹部)
		③ 問診欄 ※CT検査、MRI検査、RI検査の場合に必ずご記入下さい	●腎機能障害の有無(有・無) ⇒(直近のクレアチニン値: 年 月 日:[]) ⇒(直近のeGFR値: 年 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)