

ご紹介病客さま 診療・検査予約申込書

(2022年8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	月～金	8:30～16:45
受付時間	土(第2、第4)	8:30～11:45
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

※救急外来、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)にお電話下さい

基本情報	フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平 令	年 月 日 ( )才
	病客氏名	様				
	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 □診療予約 ※検査を含む 診察の予約	[1] ご希望日時	希望なし 第一希望 月 日( ) ・ 第二希望 月 日( )
		[2] 受診科	( )科
		[3] ご希望医師	有 ( 医師) ・ 無
	B □検査予約 (共同利用) ※診察なしで 検査のみの 予約	① ご希望日時	希望なし 第一希望 月 日( ) ・ 第二希望 月 日( )
		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) / ●ペースメーカの有無(有・無)