

ご紹介患者様予約申込書

FAX: 087-833-8162

受付時間: 月～金 8:30～17:00
土 8:30～12:00
上記時間以外は翌日受付となります。
連携室直通 TEL 087-833-8161

医療機関名:

住所:

医師名:

TEL:

FAX:

【患者様情報】

ふりがな		住所	〒					
氏名								
男	女	生年月日	M T S H	年	月	日	電話番号	

【希望日】

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

【診察・検査目的】

内科 整形外科 乳腺外科 医師名 () 検査
※主訴又は傷病名 (必ずご記入ください。)

【検査項目】

<内視鏡検査>

上部内視鏡検査

実施: 経鼻 ・ 経口 → 経口時の鎮静剤の使用 なし ・ あり

抗血栓剤投薬: なし ・ あり (薬剤名)

大腸内視鏡検査

※ 大腸内視鏡検査については、内科診察後に予約させていただきます。内科予約をお申送ください。

胃瘻交換 ※実施日 毎週 木曜日

※ PEG交換依頼書をFAXしますので、ご記入の上 FAXにてご返送ください。

<放射線>

CT 部位 () MRI (1.5テスラ) 部位 ()

造影剤: なし ・ あり → 3ヶ月以内のクレアチニン値 mg/dl 検査日 平成 年 月 日

糖尿病薬服用: なし ・ あり (薬剤名)

結果: CD-R ・ フィルム 所見: 患者様持ち帰り ・ 郵送

<超音波検査>

腹部エコー 心エコー 下肢動脈エコー 頸動脈エコー 甲状腺エコー

所見: 患者様持ち帰り ・ 郵送

<その他>

病理診断等

※診療情報提供書(紹介状)は、できれば予約申込時にFAXをお願いします。折り返し「予約票」をFAXいたします。
時間外や緩和ケア紹介は、代表番号(087-833-8113)へご連絡ください。