年　　月　　日

高松平和病院
地域連携室　宛

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 R　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。内科予約をお申込ください。

〈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　□　頚動脈エコー　□　甲状腺エコー
所　見：　患者様持ち帰り　・　郵送

【新型コロナウイルス対策】患者様情報について
●2週間以内に新型コロナウイルス感染拡大地域への訪問歴：　あり　なし
●上記感染拡大地域への訪問歴がある人と2週間以内の接触歴：　あり　なし
●発熱・風邪症状・味覚嗅覚異常：　あり　なし

〈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。