



三田市民病院 診療・検査予約申込書

地域医療連携室 行
FAX 079-565-8015

(CT/MRI/超音波/トッドミルのお申込みは別様式をご使用ください。)

申込日 平成 年 月 日

ご紹介患者様	フリナガ		性別	男性	生年月日	大正・昭和・平成		
	氏名	様		女性		年 月 日		
	ご住所	(〒 -) 電話番号: - -						
	患者様 予約回答 待ち状況	<input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅され、ご紹介元医療機関より連絡待ち <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて入院中			三田市民病院受診歴: あり ・ なし			
ご紹介元医療機関	貴院名		医師名	先生				
	ご住所	(〒 -)						
	連絡先	電話: - -	FAX: - -					

都合の悪い日	平成 年 月 日 ()	平成 年 月 日 ()
--------	--------------	--------------

★以下の希望される診療科および検査項目に○で囲んでご指定ください。

診療依頼	内科	消化器内科	循環器内科	腎臓内科	外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	眼科	産婦人科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	皮膚科	小児科	放射線科	ペインクリニック
希望医師	なし ・ あり () 医師															
検査依頼	内容	内視鏡検査		RI				まぶた外来		透視		その他				
	部位 必ず記載ください。	<ul style="list-style-type: none"> 胃内視鏡 (経口・経鼻) 大腸内視鏡 		<ul style="list-style-type: none"> ガリウムシンチ 甲状腺シンチ 骨シンチ 心筋シンチ (運動/薬物) その他 () 				<ul style="list-style-type: none"> まぶた外来 (形成外科木曜日) 		<ul style="list-style-type: none"> 注腸透視 胃透視 		<ul style="list-style-type: none"> 骨塩定量検査 (DEXA) 脳波 心電図 				
検査後の診察	希望 () 科		検査後の診察を希望される場合は、診察当日に当該科の診療情報提供書の御持参をお願いいたします。													

連絡事項	
------	--

当院連絡用	予約診療科・医師・日時	科 先生 月 日 () :	
		《連絡事項》	
	外来→地域連携室 返書 () 患者様に手渡し	<input type="checkbox"/> 外来フォロー	
	() この連絡表に添付、連携室より郵送	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院予約	