

診察・検査 予約申込書(FAX予約用) 平成 年 月 日

フリガナ	男 ・ 女	三田市民病院受診歴 (有・無)						
氏名		保険者番号						
		記号・番号						
生年月日 M・T・S・H	年	月	日	区 分	本人			家族
〒	住 所			公費負担者 番号				
				受給者番号				
TEL	有効期限			平成 年 月 日まで				

★外来受診依頼 ⇒ 外来受診の欄と希望診療科に○印を、検査依頼 ⇒ 検査の欄と希望項目に○印をしてください。

外来受診	内科	消化器科	循環器科	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	リハビリテーション科	ご希望の 担当医 ( ) 無	医師

検査	内容	C T	MRI	R I		胃透視	注腸透視	心エコー	脳波	トレッドミル	ホルター心電図	胃内視鏡	腹部エコー
	部位 <small>必ず記載して下さい。</small>				・ガリウムシンチ ・甲状腺シンチ ・骨シンチ ・負荷心筋シンチ (運動・薬物) ・その他( )								
	撮影条件	・単純	・造影	・MRA									

検査後の診察 必要( )科 ※検査後の診察をご希望される場合のみ、必要に○をし、診療科を記入してください。なお、診察当日に診療情報提供書のご持参をお願いします。

《連絡事項》

都合の悪い日 月 日( ) 月 日( )

医療機関名

住所  
紹介医 TEL FAX

- ★絶食等の一般的注意および内視鏡検査をされる方は別紙の内容をご覧の上、ご来院ください。
- ★救急患者依頼の場合は、電話で直接担当医師までご連絡下さい。  
⇒079-565-8000(代表)
- ★受診の結果報告、検査所見の報告はFAXまたは郵送しますが、万一遅延などご不明な点がありましたらご連絡下さい。

地域連携センター  
(地域医療連携室)  
TEL (079)565-8607  
FAX (079)565-8015

当院連絡用 \_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_先生 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日( ) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

《連絡事項》 \_\_\_\_\_ に予約していますので、よろしくお願ひします。

- お手数ですが、下記のご記入いただき地域医療連携室にご返却ください。
- 返書... ( )患者さまに手渡し  外来フォロー
  - ( )この連絡表に添付(地域医療連携室より郵送)  入院  入院予約