

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									
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							
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 () 医師
																		無

検査	内容	C T	MRI	RI	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 不要										

《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。

地域医療連携室
病診連携担当
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