



地域医療連携室 行  
FAX 079-565-8015

# 三田市民病院 診療・検査予約申込書

(CT/MRI/超音波/トッド<sup>®</sup>ミルのお申込みは別様式をご使用ください。)

申込日 令和 年 月 日

ご紹介患者様	フリガナ		性別	男性	生年月日	大正・昭和・平成・令和
	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	令和 年 月 日 ( )	令和 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"> <li>胃内視鏡 (経口・経鼻)</li> <li>大腸内視鏡</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>ガリウムシンチ</li> <li>甲状腺シンチ</li> <li>骨シンチ</li> <li>心筋シンチ (運動/薬物)</li> <li>その他 ( )</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>まぶた外来 (形成外科木曜日)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>注腸透視</li> <li>胃透視</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>骨塩定量検査 (DEXA)</li> <li>脳波</li> <li>心電図</li> </ul>				
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	返書 ( ) この連絡表に添付、連携室より郵送	<input type="checkbox"/> 外来70-	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院予約