

三田市民病院 診療・検査予約申込書

三田市民病院 地域医療連携室
FAX 079-565-8015

(CT/MRI/超音波/トッドミル/RI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・西暦
	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		

新型コロナウイルス感染症	直近2週間以内の新型コロナウイルス感染	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:発症時期	月 日頃
--------------	---------------------	--	------

ご紹介元医療機関	貴院名		医師名	
	ご住所	〒		
	連絡先	電話:	FAX:	

都合の悪い日	年 月 日 ()	年 月 日 ()
備考:		

★以下の希望される診療科および検査・診察項目に○で囲んでご指定ください。

診療科	内科	腎臓内科	消化器内科	循環器内科	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	呼吸器内科	放射線科	麻酔科 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	透視	その他	専門外来	内科系	外科系	まぶた外来
	部位 必ず記載ください。	・胃内視鏡 (経口・経鼻)	・注腸透視	・脳波		・糖尿病、内分泌	・乳腺外来	まぶた外来 (形成外科 木曜AMのみ)
		・大腸内視鏡	・胃透視	・心臓心電図		・膠原病、 リウマチ内科	・腫瘍外来 (消化器系)	
		骨塩定量検査				・不整脈外来	・嚥下外来	
		・骨塩定量検査(DEXA) ⇒下記内容をご記入ください						
ペースメーカーの有無	有 ・ 無	ICD(埋込型除細動器)の有無	有 ・ 無					
ペースメーカーの機種		血糖値モニタリングシステムの有無	有 ・ 無					

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ご持参をお願いします。
--------	----------	---

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"/> 外来加印 <input type="checkbox"/> () 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 <input type="checkbox"/>