

三田市民病院

診療・検査予約申込書

三田市民病院 総合支援センター
FAX 079-565-8015

(CT/MRI/超音波/トドミル/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	☐ ご紹介元医療機関にて外来待機中 ☐ 帰宅され、ご紹介元医療機関より連絡待ち ☐ ご紹介元医療機関にて入院中				当院の受診歴: 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 ☐ なし ☐ 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) ・大腸内視鏡			・注腸透視 ・胃透視		・脳波 ・心臓心電図			・糖尿病、内分泌 ・膠原病、リウマチ内科 ・不整脈外来		・乳腺外来 ・腫瘍外来 (消化器系) ・嚥下外来		・まぶた外来 (形成外科 木曜AMのみ)					
		骨塩定量検査																	
		・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→総合支援センター	返書 () 患者様に手渡し () この連絡表に添付、センターより郵送	☐ 外来加療 ☐ 入院 ☐ 入院予約	