

三田市民・済生会病院 診療・検査予約申込書

三田市民・済生会病院 総合支援センター
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 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			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	<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	・腫瘍外来 (消化器系)	・まぶた外来			
		・大腸内視鏡	・胃透視	・心臓心電図						・膠原病、リウマチ内科	・嚥下外来	
		骨塩定量検査 (※体重を連絡事項にご記入ください)										・不整脈外来
		・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→総合支援センター 返書 () 患者様に手渡し		<input type="checkbox"/> 外来加
センター () この連絡表に添付、センターより郵送		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院予約