

大垣市民病院紹介・予約申込書

よろず相談・地域連携課 電話 0584-81-3341 (内線6173・6175)
平日 8:30～19:00、土曜日 8:30～12:30 FAX 0584-77-0859 (地域連携専用)

平成 年 月 日

1. 紹介元医療機関

医療機関名 _____ 電話 _____
医 師 名 _____ 医師 FAX _____

2. 紹介患者情報

フリガナ	性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成
患者氏名	男・女		年 月 日
(旧姓)			
住所	〒	電話番号	
薬剤アレルギー(有 _____ ・ 無) 喘息(有・無) 当院受診歴(有・無)			
受診当日の状況 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定あり 月 日) 持参資料(CD-R <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)			

3. 診察予約希望

希望診療科 _____ 科 希望医師名 _____ 医師

4. 傷病名(主訴)

5. 受診希望日

第1希望日 月 日 第2希望日 月 日 ☐希望日なし

6. 検査予約希望

※4. 傷病名(主訴)もご記入ください

問診科 _____ 科

※ホワイトフィルムで
画像データを返却
希望 → ☐有

☐ CT

☐ MRI → ペースメーカー又はICD(有・無) 部位 _____ (単純・造影)

※造影検査を希望 → Cr値 _____ eGFR値 _____ 採血日 _____ ※検査日から1週間以内

☐ 腹部US ☐ 甲状腺US ☐ 頸動脈US ☐ 腎・膀胱US ☐ UCT(心臓)

☐ スパイログラム ☐ トレッドミル ☐ 骨シンチ

※下記の検査は問診がありません

希望医師名 _____ 医師

☐ 胃内視鏡

抗血栓薬の服用 ☐有 _____ ☐無

※ワーファリンを服用の場合、検査当日に採血があります。

☐ 腹部US+胃内視鏡
同日検査

感染症 HBs抗原() HCV抗体() 検査日 _____

※感染症検査未施行 → ☐採血して後日FAX ☐大垣市民病院で採血希望

返信・紹介元医療機関予約控

平成 年 月 日

予約日時 月 日 () 午前・午後 時 分

診察予約・検査予約

担当医師・問診科