

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 (旧姓)	男・女		年 月 日
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

胃内視鏡 希望医師名 _____ 医師
 腹部US+胃内視鏡 同日検査 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。

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 時 分

診察予約・検査予約 担当医師・問診科