

大垣市民病院紹介・予約申込書

*本書でセカンドオピニオンの申込みは
お取りできません。

依頼元 病院・医院	電話:
医師名	FAX:

申込年月日: 平成 年 月 日
午前・午後 時 分

〈患者様の情報〉

フリガナ	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名 様	男・女	住所
		〒 電話

〈予約内容〉

<input type="checkbox"/> 希望日あり : 第1希望日(月 日) 第2希望日(月 日) <input type="checkbox"/> 希望日なし	
A. 診察の予約を希望する	
B. 検査の予約を希望する <問診科: 科 >※医師の指定は出来ません	
希望診療科 _____ 科 希望があれば担当医師 _____ 先生	
【診断名または臨床症状】 ※必ず記載をお願いします	
部位 () <input type="checkbox"/> 単純CT () CT 部位 () <input type="checkbox"/> 造影CT → ※BUN・Cr値の検査日 () BUN値 () · Cr値 ()、□不明 ※検査時に必要なため、下記の「薬剤アレルギーの有無」「喘息の有無」の記入を必ずお願いします。 ※CTの画像データはCD-Rでの出力になります。 ホワイトフィルムをご希望の場合はこちらにチェックしてください □	
部位 () <input type="checkbox"/> 単純MRI () MRI 部位 () <input type="checkbox"/> 造影MRI → ※BUN・Cr値の検査日 () BUN値 () · Cr値 ()、□不明 ※検査時に必要なため、下記の「薬剤アレルギーの有無」「喘息の有無」の記入を必ずお願いします。 ※MRIの画像データはCD-Rでの出力になります。 ホワイトフィルムをご希望の場合はこちらにチェックしてください □	
【既往歴】 () 腹部US () 甲状腺US () UCT () 頸動脈US () 腎・膀胱US () スパイログラム () トレッドミル () 骨シンチ	
※下記のいずれかを選択してください。 問診はありません。 () 胃内視鏡 () 腹部US 胃内視鏡 希望担当医師があなたが記入ください () HBs抗原 () HCV抗体 () 検査日 () <input type="checkbox"/> 感染症未施行 →口採血をして後日FAXします →検査当日、大垣市民病院で採血を希望します 抗凝固剤・抗血小板剤の服用 □有 □無 薬名 () ※ワーファリン服用中の場合、検査当日に採血があります。	
薬剤アレルギー □有 (薬名) □無 、喘息 □有 □無、 大垣市民病院受診歴 □有 □無	

〈返信・予約控え〉

担当 医先生	予約日: 月 日 (), 予約時間: 時 分
患者氏名 様	受付場所: 新患受付(地域連携予約 専用窓口)
診療科: 科	検査名:
担当医師名: 先生	検査前に受診する科(問診科): 科