

※診療情報提供書は予約日の2日前迄にFAXをお送りください

## 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)

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

CT 部位 \_\_\_\_\_ (単純・造影) ※造影検査を希望のみ記入  
 MRI Cr値 \_\_\_\_\_ eGFR値 \_\_\_\_\_  
※体内金属の有無(MRI検査可能デバイスであるかも含めて) 採血日 \_\_\_\_\_ ※検査日から1週間以内  
 無  有 (MRI検査可能についての確認⇒済み) ※検査に調整が必要、又は検査できない場合があります  
該当するものに○を付けてください [ペースメーカー、ICD、水頭症治療用シャント、神経刺激装置、人工内耳、機械弁]  
その他 \_\_\_\_\_

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  
 腹部US+胃内視鏡 同日検査  
※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

令和 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