

※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

FAX 0584-77-0859 (地域連携専用)

平 日 8:30 ~ 19:00

電話 0584-81-2060 (地域連携専用)

土曜日 8:30 ~ 12:30

0584-81-3341 (内線6173・6175)

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

F A X

— —

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)

\_\_\_\_\_ ☐別紙、紹介状参照

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

発熱 ☐有 \_\_\_\_\_ °C

※陽性者との濃厚接触 ☐有

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 ※造影CTを希望の場合、ビグアナイド系の糖尿病薬を服用している方は検査当日と検査後2日間(合計3日間)の中止を指示してください

☐ MRI 部位 \_\_\_\_\_ (単純・造影) 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カ月以内

☐ 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