

※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

平日 8:30 ~ 19:00

土曜日 8:30 ~ 12:30

FAX 0584-77-0859 (地域連携専用)

電話 0584-81-2060 (地域連携専用)

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

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 令和
患者氏名	(旧姓)	男・女	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 □有・□無)				
受診当日の状況 □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

発熱 □有 \_\_\_\_\_ °C

※陽性者との濃厚接触 □有

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 ※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

※造影検査を希望のみ記入

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ヶ月以内

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redd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