

※診療情報提供書は予約日の3日前までに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	_____	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

6. 検査予約希望

※4. 傷病名(主訴)もご記入ください 申込診療科 _____ 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・申込診療科 _____