|  |
| --- |
| **紹介予約申込書** |

静岡医療センター　　**FAX　055-975-1999**

地域医療連携室　℡055-939-5535（直通）

　　年　　月　　日

**発 信 元**

　 　 医療機関名

医　師　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　FAX 番号

|  |
| --- |
|  |
| 受　診　科 　 　科 |
|  |
| 受診希望日　第１　令和　　年　　月　　日（　　）　　時  第２　令和　　年　　月　　日（　　）　　時  第３　令和　　年　　月　　日（　　）　　時 |
| 時間予約　　□　要　　　□　不要 |
| ※予約状況によってはご希望に添えないことがあります。 |
| □　初めての受診　　　□　以前に受診あり（他科も含む） |

|  |
| --- |
| ご紹介目的(該当項目に○をお付けください）  　　　　１．診察のみ　　　２．診察と検査　　　３．検査のみ(大型医療機器) |

|  |
| --- |
| 検査種別  　　　　　①　消化管内視鏡検査（　上部　・　下部　）  ②　ＣＴ検査　　③　ＭＲＩ検査　　④　ＲＩ検査  検査部位：　頭部顔面・頚部・胸部・上腹部・下腹部・四肢・頸椎・胸椎・  　　　　　　　　　　　　　腰椎・その他(　　　　　　　　　)  造影の必要：　あり・なし・必要であれば  ペースメーカー：　入っている（メーカー名　　　　　　　）・入っていない  **画像出力媒体：　ＣＤ-Ｒ**・**フィルム**　を希望  　　　　　⑤　エコー(心・腹部)　　⑥　骨密度測定　　⑦その他の検査(　　　　　　) |

その他特記事項

**＜患者様情報＞** お手数ですが下記の情報をお願いします。

　　　　 　 ※二重登録防止のため改姓された方は旧姓もお願いします。

　　ふりがな

　　氏　　名　 　 　 　男・女 　（旧姓）

　　　　　　　　　　　　明・大

　生年月日 昭・平・令　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

　　　　　〒

　　住　　所

電話番号（携帯）　　　　　　　　　　（自宅）

1．初診受付（紹介状窓口）で紹介状・画像ＣＤを提示してください。

2．**予約票をFAX送信いたします**ので患者様にお渡しください。

3．**予約票・保険証・紹介状は必ずお持ちください。**