

診療予約申込・連絡書(FAX 用)

年 月 日

医療機関名: _____ TEL: _____ ()

医師氏名: _____ FAX: _____ ()

◆下記患者様についての 診療・検査予約を、申し込みます。
 後ほど連携担当からご連絡します。
 診療・検査予約は、申し込み済みです。

左の該当する箇所に
 チェックをお願いします。

ご紹介患者様情報	フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
	氏名	様 男・女		
	住所	〒 -	貴院患者番号	
	電話	()	当院 受診歴	有 ・ 無 ・ 不明

ご紹介患者様保険情報	本人家族		本人 ・ 家族	
	保険証	保険証記号	保険証番号	
		保険者番号	資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	公費番号	負担者番号	受給者番号	
適応年月日		平成 令和 年 月 日		

ご依頼予約内容 予約希望日時 ・ 予約日時 _____ 月 _____ 日 () _____ :

※該当する診療科の左欄に○をつけてください。

CT 検査 検査部位: ※単純のみの場合、検査部位の隣に「単純」と記載ください。	消化器内科	脳神経外科
	循環器内科	泌尿器科
	糖尿病・内分泌内科	産婦人科(婦人科)
	血液内科	産婦人科(産科)
	呼吸器内科	眼科
MRI 検査 検査部位: ※単純のみの場合、検査部位の隣に「単純」と記載ください。	睡眠時無呼吸外来	耳鼻咽喉科
	腎臓膠原病内科	歯科口腔外科
	脳神経内科	整形外科 部位(下記該当に○) 上肢・股関節・手、足関節 膝・脊椎 その他()
RI(骨シンチ)検査	認知症サポート(メモリー外来)	
マンモグラフィー検査	小児科	
DEXA(骨塩定量測定)	外科	皮膚科
	乳腺外科	
	心臓血管外科	
	リウマチ科	
	形成外科	

<連絡事項>

※CT、MRI、マンモグラフィー検査は予約時間の30分前までに総合案内へおいでください。

※RI(骨シンチ)検査は必ず午前9時までに総合案内へおいでください。

<令和6年4月改訂>