

依頼検査予約申込書(FAX 0467-51-1100)

令和 年 月 日

紹介元医療機関名		〒		-	
住所(登録医は不要)					
医師名	(科)	TEL	-	-
			FAX	-	-

※事前にカルテを作成するため、下欄へ漏れのないようにご記入ください

患者氏名(フリガナ)	()	様			
生年月日	(明・大・昭・平・令)	年	月	日生	(男・女)	茅ヶ崎市立病院ID
住所	〒	-	TEL	-	-	

予約希望	<input type="checkbox"/> 至急	<input type="checkbox"/> 普通	都合の悪い日時
------	-----------------------------	-----------------------------	---------

予約日変更 可 不可(連絡要す)

①放射線科予約	②内視鏡検査予約	③その他検査等
<input type="checkbox"/> CT(単純・造影) 部位() <input type="checkbox"/> MRI(単純・造影) 部位() <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> マンモグラフィー 部位(両側・左・右) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> CRE値() 検査日 月 日(6ヵ月以内) ※CT・MRIの造影をされる場合は、必ず記入願います。紹介状にもご記入ください。 コメント欄: <input type="checkbox"/> 画像はフィルムで希望 ※マンモグラフィーはこれまで通りフィルムでの提供となります。	<input type="checkbox"/> GF <input type="checkbox"/> CF 前処置薬 <input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> 硫アト <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> 使用なし コメント欄:	<input type="checkbox"/> 超音波検査(腹部) <input type="checkbox"/> 超音波検査(心臓) <input type="checkbox"/> 超音波検査(甲状腺) <input type="checkbox"/> 超音波検査(頸動脈) <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> その他() コメント欄:

紹介元医療機関様へ

- ※ 患者さんをご紹介いただく際は、この「依頼検査予約申込書」をご記入いただき、患者支援センターまでFAX送信してください。
- ※ ご希望に沿って予約可能な日でお取りしますが、予約状況によってお取りできない場合は、必要に応じて患者支援センターから電話連絡し、調整いたします。
- ※ 患者支援センターで「予約票」を作成し、紹介元医療機関へ折り返しFAX送信いたします。
- ※ 平日の8時30分から18時まで、土曜日の9時から12時30分までに受信したFAXは当日中に回答いたしますが、それ以外の時間帯に受信したFAXは翌営業日に回答いたします。
- ※ 診療情報提供書と「予約票」、「説明書・同意書」(対象の検査のみ)を患者さんにお渡しください。
- ※ 患者さんには受診当日、健康保険証(医療受給者証等)、診療情報提供書、予約票、診療券をご持参の上、紹介患者受付3番へお越しいただくようご説明ください。
- ※ 当日の予約はお取りできません。

患者支援センターのご案内

《業務時間》 平日 8時30分から19時まで
 土曜日 9時から13時まで
 (日曜、祝日、年末年始は休みです)

病診連携予約専用連絡先

TEL 0467-52-1947
 FAX 0467-51-1133