

茅ヶ崎市立病院 依頼検査申込書兼予約票 (TEL・FAX 0467-52-1947)

年 月 日

申込医療機関名 _____	_____ 医院・クリニック・診療所	
医師名 _____	電話番号 () _____	—
	FAX番号 () _____	—
患者氏名 (ふりがな) _____ 様		
生年月日 (明・大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男・女) _____	市立病院 ID _____	
住所 _____ 〒 _____	TEL () _____	
① 放射線科予約	② 内視鏡検査予約	③ その他検査等
予約日時 年 月 日 時 分	予約日時 年 月 日 時 分	予約日時 年 月 日 時 分
<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 () _____) コメント欄 : _____ <input type="checkbox"/> 画像はフィルムで希望 <small>※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。</small>	<input type="checkbox"/> G F <input type="checkbox"/> C F 前処置薬 <input type="checkbox"/> ブスコパン (CFのみご) <input type="checkbox"/> 硫アト (指示下さい) <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> 使用なし 血液検査 HBs抗原 (+ - 検査中 未実施) HCV抗体 (+ - 検査中 未実施) 梅毒反応 (+ - 検査中 未実施) コメント欄 : _____	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <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 : _____

予約日変更 可 不可 (連絡要す)

患者さんへ

予約日には、この予約票と紹介状をご持参になり、保険証確認窓口 (3受付) で保険証の確認を済ませてから、11受付 (①放射線科)、14受付 (②内視鏡検査)、21受付 (③検査科・栄養指導) にお越し下さい。

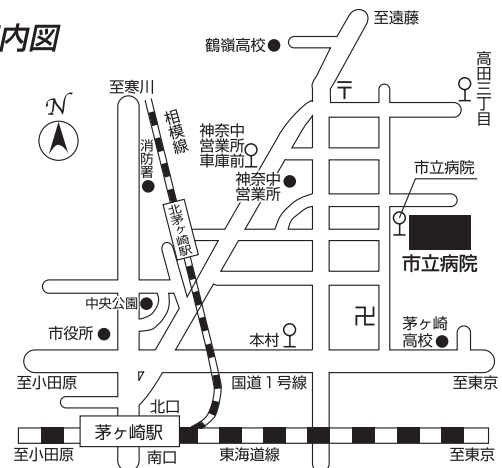
茅ヶ崎市立病院のご案内

- ◇住 所 〒253-0042
神奈川県茅ヶ崎市本村5丁目15-1
TEL 0467-52-1111 (代)
- ◇受付時間 午前8時00分より午前11時00分まで
- ◇休 診 日 土曜日、日曜日、祝日、年末年始
- ◇交 通 JR 東海道線
茅ヶ崎駅 (北口) 下車 徒歩25分
相模線
北茅ヶ崎駅下車 徒歩10分
- バス
【JR茅ヶ崎駅】
・室田循環「市立病院前」下車
・高山車庫行「市立病院前」下車
・鶴が台団地行、松風台行、
湘南ライフタウン行
「神奈中営業所前」下車徒歩5分
駐車場は280台分あり、有料です。

地域医療連携室のご案内

- ◇予約受付時間 (月～金)
午前8時30分より午後7時00分まで
(休診日を除く)

案内図



茅ヶ崎市立病院 **紹介状** (診療情報提供書)

(紹介元控)

年 月 日

申込医療機関名 _____ 医師名 _____	医院・クリニック・診療所 _____ 電話番号 () — FAX番号 () —	
患者氏名 (ふりがな) _____ 様 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生 (男・女) 市立病院 ID _____ 〒 _____ 住所 _____ TEL () —		
① 放射線科予約	② 内視鏡検査予約	③ その他検査等
予約日時 年 月 日 時 分	予約日時 年 月 日 時 分	予約日時 年 月 日 時 分
<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 () 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"/> G F <input type="checkbox"/> C F 前処置薬 <input type="checkbox"/> ブスコパン (CFのみご) <input type="checkbox"/> 硫アト (指示下さい) <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> 使用なし 血液検査 HBs抗原 (+ - 検査中 未実施) HCV抗体 (+ - 検査中 未実施) 梅毒反応 (+ - 検査中 未実施) コメント欄：	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <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：

予約日変更 可 不可 (連絡要す)

傷病名
紹介目的
既往症 及び 家族歴
症状経過 治療経過 及び 検査結果
現在の 処方