

年 月 日

紹介元医療機関名

〒 住所(登録医は不要)

医師名 (科) TEL ー ー FAX ー ー

※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 ー ー

①放射線科予約	②内視鏡検査予約	③その他の検査
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
☐ CT 部位() 単純・通常造影 ダイナミック造影 CTアンギオ造影 ☐ MRI(単純・造影) 部位() ☐ RI ☐ マンモグラフィー 部位(両側・左・右) ☐ 骨密度 ☐ その他() ☐ CRE値 () 検査日: 年 月 日(6ヶ月以内) ※CT・MRIの造影をされる場合は、必ず記入願います。紹介状にもご記入下さい。 コメント欄:	☐ GF(経口) 鎮静 あり・なし ☐ GF(経鼻) ☐ CF 前処置薬 ☐ ブスコパン ☐ 硫アト ☐ グルカゴン ☐ 使用なし コメント欄:	☐ 超音波検査(腹部) ☐ 超音波検査(腸管) ☐ 超音波検査(腹部+腸管) ☐ 超音波検査(心臓) ☐ 超音波検査(甲状腺) ☐ 超音波検査(頸動脈) ☐ 脳波 ☐ ホルター心電図 ☐ 筋電図() ☐ その他() コメント欄:

紹介元医療機関様へ

予約日変更 ☐ 可 ☐ 不可(連絡要す)

※ 患者さんには、健康保険証(医療受給者証等)、診療情報提供書、説明書・同意書(対象の検査のみ)、この予約票、診療券を持参の上、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。

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
電話番号 0467-52-1111(代)

◇受付時間 8時から11時まで

◇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
JR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」下車
・高山車庫行「市立病院」下車
・1番、2番乗り場よりご乗車いただき「神奈中営業所前」下車徒歩5分
・コミュニティバスもあります
・駐車場あり(有料となります)

患者支援センターのご案内

◇予約受付時間 (日曜・祝日、年末年始休み)

平日 8時30分から19時まで

土曜日 9時から13時まで

電話番号0467-52-1947(直通)

