

年 月 日

紹介元医療機関名			
〒 ー			
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下さい。

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

予約希望	☐ 至急 ☐ 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その他の検査
☐ 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

※ 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送信をお願いします。

※ 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下さい。

※ 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**ようご説明下さい。

※ 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 0467-51-1100