予 約 申 込 書
（□ 診察　□ 検査）

岐阜県立多治見病院　医療連携室
電話：0572－22－5311（2488）
FAX：0572－22－7948

※紹介目的を選択し上欄にチェックしてください。
※転院希望の場合は平日17時までに、お電話下さい。
※準緊急時、または当日受診・入院を依頼される場合は、医師専用電話へお電話ください。

（申込年月日：令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分）

岐阜県立多治見病院：　　科　　紹介元：　　病院・医院

紹介医師名：　　先生

先生　　電話：

※ 医師を指名する場合は医師名を記載してください　　FAX：

フリガナ			歳	男 ・ 女	旧姓
氏名					
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生				
住所	〒		電話番号:		
			携帯番号:		
受診歴	□あり	□なし	カルテ№		

希望受診日	□希望なし	□希望あり	第1希望日　年　月　日（　）　午前 ・午後	
			第2希望日　年　月　日（　）　午前 ・午後	

希望に添えない場合があります

□CT	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・脊椎・その他（　）	単純 ・ 単純＋造影 ・ 造影のみ
□MRI	頭部・頭部＋MRA・脊椎・その他（　）	単純 ・ 単純＋造影 ・ 造影のみ

※造影CT・造影MRIを希望の場合は必ずeGFRまたはクレアチニンの検査値（直近3ヶ月以内のデータ）をご記入ください。

血液検査日【　　年　月　日】　eGFR（　　ml/分/1.73/㎡ ）　・　クレアチニン（　　mg/dL ）

□RI	胸部・肝・脾・腎・骨・甲状腺・腫瘍・その他（　）	
□PET/CT		**□その他検査（　　）**
□内視鏡	上部内視鏡検査（　　）	**□腹部超音波**
画像	□CD　□フィルム	□当日お持ち帰り　□後日郵送

診療情報提供書　　**□別紙　診療情報提供書あり**（貴院の様式で差し支えありません）

傷病名（主訴）
紹介目的・治療経過・現在の処方等
画像データ添付：　有（返却　要 ・ 不要 ）／無

※予約申込書とともにFAXで診療情報提供書（紹介状）の写しを送付くださるよう、ご協力お願いします。

※当院にて記入いたします
予約日時：令和　　年　　月　　日　　曜日（ 午前 ・ 午後　　時　　分 ）

※FAXにて、予約票を返信しますので患者様にお渡し下さい。平日19時までのご依頼は当日中にお返事します。
※救急車利用の場合は救急外来に直接お電話してください。

改訂　2025.7