

産科・婦人科専用予約申込書

患者さんの同意のもと、この紹介連絡・予約申込票を送ります。予約お願い致します。

依頼元

病院・医院

医師名

電話番号

FAX

Mail

フリガナ			女	旧姓	
氏 名					男
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生	歳
住 所	〒			電話番号	
旧住所	〒			携帯番号	

産科・婦人科

依頼医師氏名

(受診希望医師ありましたらご記入下さい。)

診断名又は症状：

予約事項	☐ 検査		☐ 診察		☐ 入院	
	☐ その他					
受診希望時期	数日以内・1週間～2週間以内・1ヶ月以内				ご都合の悪い日	
	* 緊急の受診を要する場合は、ホットライン 0572-22-5352 へご連絡下さい。					
	* 医師に確認後、翌日以降のお返事となりますのでご了承下さい。					
受診歴	☐ あり	診療科名	科	受診日	年	月 頃
	☐ なし	☐ 不明		カルテ No.		
喫煙	有 (本 / 日) ・ 無					
CT・MRI等	有 (有りの場合は初診時に検査画像をご持参下さい。) ・ 無					
病理組織	有 (有りの場合はプレパレートをご持参下さい。) ・ 無					
BMI		身長・体重		cm	kg	
最終月経	年	月	日			
出産予定日	年	月	日	(週目)		

※手術を受けられる際、術前の手術説明・手術当日に立会人の来院が必要です。

<産婦人科よりお願い>

- ・当院では喫煙中の患者様の診察・手術はお断りしております。
本日より必ず禁煙をして頂くようお願いいたします。
- ・妊婦の方は、当日は母子手帳と妊婦健診補助券と保険証ならび紹介状を必ずご持参下さい。
- ・中村医師の受診をご希望の場合は、必ず紹介状の宛先を中村医師で作成してください。

岐阜県立多治見病院 医療連携・診療支援課 (医療連携担当)

電話 0572-22-5311 内線 2488

FAX 0572-22-7948

改訂：2024.2