

<b>予約申込書</b> ( <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 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。  
※転院希望の場合は土曜以外の平日17時までにお電話下さい。  
※緊急時、または当日の入院を依頼される場合は直接、担当科医師へおつなぎいたします。  
※セカンドオピニオン外来は右記へお問い合わせください。0572-22-5311(内線2483)

(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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	カルテNo.			

希望受診日	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> MRI	頭部・頸部・MRI・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。

3ヶ月以内の検査値 eGFR( ml/分/1.73/m<sup>2</sup> ) ・ クレアチニン( mg/dL )

<input type="checkbox"/> PET/CT	eGFRまたはクレアチニンの値を記入してください			
<input type="checkbox"/> 内視鏡	上部内視鏡検査( )			
画像	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> 当日お持ち帰り	<input type="checkbox"/> 後日郵送

診療情報提供書(貴院の様式で差し支えありません)

傷病名(主訴)	
紹介検査目的 : 加療 入院適応 精密 その他( )	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
画像データ添付: 有(返却要・不要) / 無	
現在の処方	

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

※予約票をFAX返信致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いたします。  
※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。救急外来TEL0572-22-5445 FAX0572-22-5417