

<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・診療支援課 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、または当日の入院を依頼される場合は直接、各診療科医師へおつなぎいたします。

(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・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。

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"/> RI	胸部・肝・脾・腎・骨・甲状腺・腫瘍・その他( )
<input type="checkbox"/> PET/CT	<input type="checkbox"/> その他検査( )
<input type="checkbox"/> 内視鏡	上部内視鏡検査( ) <input type="checkbox"/> 腹部超音波
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) 別紙 診療情報提供書あり

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	

※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 )

※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》

※準救急患者の受診依頼及び、予約についてご希望に添えなかった場合等のお問合せは担当医師へ直接お繋ぎいたします。