

診察申込書

紹介先医療機関名
谷津保健病院

平成 年 月 日

科		先生
受診希望日	第1希望	月 日 午前・午後
	第2希望	月 日 午前・午後

紹介医療機関の
名称及び所在地
電話番号
F A X
医師氏名

(印)

フリガナ		明・大・昭・平
患者氏名	様	生年月日 年 月 日 男・女
ご依頼内容	1. 外来 2. 入院 3. 検査の※1	
	病状安定後、患者様の診療お戻しを 1. 希望する 2. 希望しない	
	MRI、MRI + MRA、CT	検査指示部位
	造影(無・有) 過去1ヶ月以内のクレアチニン値 _____ mg/dl ビグアナイド系の糖尿病薬服薬 (有・無)	
※2は午後のみ	エコー(腹部・心臓・甲状腺・乳腺・頸動脈・下肢動脈・下肢静脈)、ABI	
	内視鏡(胃)、ホルター心電図、トレッドミル、その他()	
傷病名・紹介目的		
※ 緊急を要する紹介(外来・入院)の場合は、この書式によらず、まず代表に電話をし、医師が直接ご対応させていただきます。		

診療予約のお知らせ

下記のとおり診療を予約致しました。

記

予約日時	平成 年 月 日 () 時 分
診療科	科 担当医師
備考	

- * 患者様には、別紙「外来予約票」、「入院予約票」、または「検査予約票」をお渡し下さい。
- * 指定された医師が救急等で診察できない場合、他の医師が診察させていただくことがあります。
- * ご不明の点がございましたら、下記にお問い合わせ下さい。

医療連携室	TEL 047-451-6110(直通) 047-451-6000(代表) FAX 047-451-6114(直通)
-------	--