

# ご紹介患者様 診察・検査(MRI・造影CT) 予約申込書 兼 予約票

地域医療連携室TEL:0475-34-2121 FAX:0475-30-5337

◎受付時間は、月～金の8:30～16:30です。左記時間以外は翌日受付となります(平日のみ) ※単純CTは即日検査可能です。

## 【 申込医療機関 】

平成 年 月 日

住所		
医療機関名		TEL
医師名		FAX

## 【 患者様情報 】

フリガナ 氏名		当院への受診歴 無・有 ( 科 )
生年月日・性別	M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳 )	男・女
住所・電話	〒	TEL

## 【 予約希望内容 】 どちらかに○をつけて、下記ご記入下さい。 << 診察 ・ MRI >>

診療科	1.内科 ( 一般・循環器・消化器 ) 2.神経内科 3.外科 4.整形外科 ( 部位 ) 5.脳神経外科 6.泌尿器科 7.婦人科 8.小児科 9.眼科 10.耳鼻咽喉科 11.皮膚科										
予約内容	診 察		MRI ( 単純 ・ 造影 ) ・ 造影CT								
希望 診察日	※予約日時につきましては、他の予約等の関係から、当院で指定させていただきます。										
希望医師	検査部位	頭部 ・ 頸部 ・ 腰部 ・ その他 ( )									
	オーダー票	持参 ・ なし (※なしの場合、事前に診療情報提供書をFAXして下さい)									
依頼目的	身体内にある金属物質 (磁性体) 有 ・ 無 心臓ペースメーカー装着者は禁止 (他注意点 )										

紹介元医療機関様へ

※ 患者様をご紹介頂くときは、この予約申込書兼予約票を地域医療連携室へFAX(0475-30-5337)して下さい。

折返しFAXで決定日時をご案内します。

※ できるだけ本申込書と一緒に診療情報提供書、保険証の写しのFAXをお願いします。

※ 患者様に診療情報提供書とともに本票をお渡しいただき、受診されるようにご説明して下さい。

※ FAX送信の際には、個人情報等ありますので十分にご注意願います。

【 当院取扱番号 号】

## 公立長生病院 予約票

平成 年 月 日

様

年 月 日生 / 男性・女性

予約決定内容	診療 ・ MRI(単純・造影) ・ 造影CT		
	月 日 ( )	:	診療科 担当医師

患者様へ

※ 予約日には **下記のものをご持参**のうえ、**予約時間の30分前までにおいで下さい。**

①予約票(本票) ②診療情報提供書 ③保険証 ④老人医療受給者証(対象者の方) ⑤公費医療受給者証(対象者の方)

⑥当院診察券(初めて受診される患者様は受付で発行します)

※ 診察時間については、急患等により遅れることがありますことご了承下さい。

【 当院取扱番号 号】