

岡波総合病院 診療・検査申込書

申込日 令和 年 月 日

申込書と一緒に診療情報提供書のFAXをお願いします。

■紹介元情報

医療機関名	
所在地	
TEL	
FAX	

■予約申込先

地域医療連携室宛	FAX 0595-21-3145
	TEL 0595-21-3154 (直通)

予約受付時間 平日 9:00 ~ 17:00

※17時以降のFAXは翌日対応とさせていただきます。

※夜間救急(17時以降)のFAXは、0595-21-3218 へお願いします。

■患者情報

フリガナ		性別	電話番号	—	—
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
	当院受診歴ある方 (ID:)				
住所	〒 -				
<input type="checkbox"/> いつでも可	受診希望日・曜日など			不都合な日	
<input type="checkbox"/> 貴院にて待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中	通訳		<input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ※必要の場合、通訳の方の同席が必要となります		

■診療申込

受診希望科 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて ください。	内科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	肝臓外来
	外科	乳腺外科	肝胆膵外科	泌尿器科	小児泌尿器科
	心臓血管外科	整形外科	脳神経外科	麻酔科	耳鼻咽喉科
	婦人科	小児科	放射線科		
完全紹介予約制	脳神経内科	小児アレルギー	眼科	皮膚科	歯科口腔外科
希望医師	<input type="checkbox"/> 医師 ・ <input type="checkbox"/> 指定なし				医師同士連絡 <input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 無
紹介目的	緊急性 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ※有の場合、必ず紹介状と一緒にFAXしてください。				

■検査申込 ※CT…被ばく同意書が必要です。造影有りの場合は問診票・同意書も必要となります。MRI…問診票・同意書が必要です。

CT検査	部位 () 造影検査 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
	心臓ペースメーカー又は植え込み除細動器が体内に入ってますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
MRI検査	部位 () 造影検査 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
	金属・ペースメーカーが体内に入ってますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
超音波検査	部位 () その他検査 ()