

地域医療連携室 FAX 078-371-2726

TEL 078-371-1203（代表）

《紹介元データ》

申込日 年 月 日

紹介元医療機関名	
住所 〒	
TEL	診療科 _____
返信先 FAX	医師名 _____

《患者さんデータ》

氏名	フリガナ	性別	生年月日
		男 女	T S H R 年 月 日 (歳)
希望医師	【泌尿器科】 井上 貴昭 / 山道 深 / 田中 直人 賀来 泰大 / 堀越 幹人 / 鈴木 光太郎		【希望医師 なし】
医師同士の相談	有 ・ 無	原泌尿器科受診歴	あり 診察券 ID () ・ なし ・ 不明
受診希望日	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
	都合の悪い日 () 希望日なし		
外国人の受診時	日本語は話せますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※いはいの場合は、日本語が話せる方のご同行をお願いします		
持参資料	なし ・ あり X 線 ・ CT ・ MRI ・ 内視鏡 ・ 超音波 ・ 心電図 ・ 検査記録 ・ その他 ()		
患者さんの状況	貴院にて外来待機中	貴院にて入院中	帰宅されて連絡待ち
特記事項	※ 感染症・ADL・移動方法など		

《CT検査》

CT検査予約の場合には下記項目を記入してください

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 () ※左右の指定がある場合 右 ・ 左
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影
検査目的 病名	
画像データ	<input type="checkbox"/> 患者さん持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()
読影結果	<input type="checkbox"/> 読影要 (FAX) <input type="checkbox"/> 読影不要

予約受付完了後、ご予約連絡票を FAX いたします。

※ 診療情報提供書の添付をお願いします

※ FAX は 24 時間受付しておりますが、受付時間（平日 月～金 8：30～16：30）以降のお申し込みは、翌業務日以降のお返事となります。ご了承ください。