

## 紹介患者予約申込書 (FAX用)

平成 年 月 日

川崎医科大学総合医療センター (岡山市北区中山下2-6-1)

地域医療連携室 行

FAX : 086-221-1101 (直通)

TEL : 086-225-2133 (直通)

科

先生

紹介医療機関の所在地・名称

TEL  
FAX  
医師氏名

フリガナ		性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平 ( 才)
患者氏名	様	旧姓( )	
住 所	〒		電話(自宅) (携帯)

主訴及び傷病名	
紹介目的	

- ◆ 検査予約の場合 MRI, CT, 上部消化管内視鏡(鎮静剤:あり・なし),  
その他( )

MRI・CTの検査部位 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 脊椎(C, Th, L)インプラント(上顎・下顎) その他( )造影剤使用の有無 要 不要 放射線科医一任

造影剤使用 要・放射線科医一任の場合:クレアニチン検査値記入

( mg/dl 検査日 年 月 日)

シンチの検査部位と内容 体重( kg) 骨シンチ その他( )

第1受診希望日	年	月	日( )	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	当院受診歴 有 ・ 無
第2受診希望日	年	月	日( )	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	
第3受診希望日	年	月	日( )	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	

- ◆ 緊急時、即入院の必要な時などに際しましては、あらかじめ担当医までご連絡ください。

- ◆ 診療情報提供書(紹介状)はできれば予約申込時にFAXをお願いします。

- ◆ 折り返し、紹介患者様診療・検査予約票をFAXいたしますので、別紙「紹介患者さんへ」(受付のご案内)と一緒に患者さんにお渡しくださいますようお願いいたします。

- ◆ 本様式は、当院のホームページからダウンロードすることができます。

<http://www.kawasaki-m.ac.jp/kawasakihp/dept/tiikiiryou.php>