

紹介患者予約申込書 (FAX 用)

令和 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 : 086-225-2111 (代表)

科

先生(診察医)

紹介医療機関の所在地・名称

TEL

FAX

医師氏名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 旧姓()	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 (才)
住 所	〒		TEL(自宅) (携帯)
来院時状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	同伴者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
主訴及び 傷病名			

<紹介目的>

<input type="checkbox"/> 【A】診療	
<input type="checkbox"/> 【B】検査	
消化器内科	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡(鎮静剤: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)
放射線科	<input type="checkbox"/> MRI ●検査部位: ●造影剤: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 放射線科医一任 ※造影剤あり・放射線科医一任の場合: クレアチニン検査値記入 ●CRE 値: mg/dl(検査日 年 月 日) ●体内金属: <input type="checkbox"/> あり(部位:) <input type="checkbox"/> なし ●ペースメーカー: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> CT ●検査部位: ●造影剤: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 放射線科医一任 ●CRE 値: mg/dl(検査日 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量 ●体内金属: <input type="checkbox"/> あり(部位:) <input type="checkbox"/> なし ●ペースメーカー: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

第1受診希望日	年 月 日()	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	□いつでも可
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下さい。
- ◆ 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、紹介患者様診療予約票を FAX いたしますので、(カルナ申し込みの場合は FAX いたしませんので、システムより印刷していただき)別紙「紹介患者さまへ」(受付のご案内)と一緒に患者様にお渡し下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://g.kawasaki-m.ac.jp/medical/>