

# 紹介患者予約申込書 (FAX用)

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)

令和 年 月 日

地域医療連携室 行  
FAX: 086-221-1101(直通)  
TEL: 086-225-2111(代表)

紹介医療機関の所在地・名称	
TEL	
FAX	
医師氏名	(担当者 )

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日
		旧姓( )	<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				
ご希望内容	<input type="checkbox"/> 診察	診療科 ( )科		
		ご希望医師 <input type="checkbox"/> あり ( 医師) <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 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: クレアニチン検査値記入 CRE値: mg/dl (検査日 年 月 日)
			<input type="checkbox"/> CT	●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"/> 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		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			

第1受診希望日	年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> カルナ申込済

- ◆ 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、(カルナ申込の場合は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/>