

紹介連絡・予約申込書

申込み年月日： 年 月 日 午前・午後 時 分)

患者さん同意のもと、この連絡・予約申込み票を送ります。予約をお願いいたします。

本日の予約内容（希望項目にチェック）	☐ 診察	☐ 検査
--------------------	-----------------------------	-----------------------------

依頼先	FAX (058) 248-9334	依頼元	病院・医院
	岐阜県総合医療センター 地域医療連携部 直通 TEL (058) 249-0017	科	医師
		電話	FAX

フリガナ				生年月日	西暦	年	月	日
氏 名		(旧姓)	男 女					
当院受診歴	あり (年頃) ・ なし			電 話	()			
当院 患者 No.								
住 所	〒							
保険者番号					資格取得日	昭和・平成・令和	年	月 日
記号・番号				有効期限	令和	年	月	日

希望診療科 _____ 医療機器共同利用による CT、MRI 検査希望の場合は放射線診断科と記入してください。

希望医師名 _____ ☐ 医師の希望なし

診断名又は症状： _____

受診年月日： ☐ 希望なし
☐ 第1希望 年 月 日 午前□・午後□ / ☐ 第2希望 年 月 日 午前□・午後□
☐ その他 _____

希望検査	ペースメーカー設置患者さんの場合、右の<u>その他</u>にペースメーカー設置中との記入をお願いします。 ☐ C T (部位) 「造影なし」のみ予約可 ☐ MR I (部位) 「造影なし」のみ予約可 <検査結果画像の希望 ☐ CD-ROM ☐ フィルム ☐ 不要> ☐ 上部消化管内視鏡検査 } 事前に消化器内科の診察予約をお願いします。 ☐ 大腸内視鏡検査 } ■アレルギー (有 ・ 無) ■感染症 ()	<紹介目的・その他、依頼事項> 【患者様が入院中の場合、その旨記入ください】
------	---	---

予 約 控

予約日	年	月	日 ()	午前・午後	時	分
地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター						
科 担当医						

<地域医療連携部（連携調整室）より診療科へのコメント>

2023.10 改正