

# 診療予約申込書

紹介先：市立大村市民病院

TEL：0957-52-1800（連携室直通）

\* 申し込み【診療予約・検査予約】

FAX：0120-378-375（連携室専用）

\* 入院希望の有無【有・無】

\* 予約希望日：① 月 日（曜日）② 月 日（曜日）③ 月 日（曜日）  
：いつでも可能

\* 診療科： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

：症状・紹介目的（ \_\_\_\_\_ ）

## \* 検査項目

- ・MRI・CT：造影希望の有無（有・無）：部位（ \_\_\_\_\_ ）  
：心臓ペースメーカ（有・MRI対応（可・不可・不明）・（無））  
：インシュリンポンプ（有・無）、持続グルコース測定器（有・無）
- ・内視鏡（胃・大腸）ブスコパン（可・否）糖尿病（有・無）抗凝固剤（有・無）感染症（有・無）
- ・超音波検査（部位 \_\_\_\_\_ ）
- ・マンモグラフィー ・その他の検査（ \_\_\_\_\_ ）

## 患者情報

ふりがな		性別	生年月日：(M・T・S・H・R)
氏名	(旧姓： _____ )	男・女	年 月 日 ( 歳 )
			電話番号 ( _____ )
			携帯番号 ( _____ )
住所			
市立大村市民病院で受診したことがありますか？ ( 有 ・ 無 )			

【送信日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】

紹介元 かかりつけ医	医師名： _____
電話番号： _____	FAX番号： _____

## 【お願い】

- \* 予約日には「予約票」「保険証」「診療情報提供書（紹介状）」「お薬手帳」を必ず持参させてください。
- \* 循環器内科につきましては、診療予約申込書と一緒に心電図と採血結果もFAXをお願いします。
- \* 腎臓内科につきましては、診療予約申込書と一緒に採血結果もFAXをお願いします。
- \* MRI・CT検査につきましては、診療情報提供書(MRIの場合は同意書も)のFAXをお願いします。
- \* その他の科に関しましても可能な限り診療情報提供書のFAXをお願いします。
- \* 緊急を要する患者で、夜間、土曜日、日曜日、祭日等の場合は救急診察室に連絡してください。
- \* 予約受付時間 月～金 8：30～16：30、それ以降は翌日取り扱いとなります。

市立大村市民病院

地域医療連携室