**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 ）  年　 　　月　　 　日（　　　　　　　　歳） |
| 氏名 | （旧姓：　　　　　 　 　　） | 男・女 |
| 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 | 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。
* 当院では全ての診療科で**「診療情報提供書（紹介状）」のFAX**をお願いしておりますのでご協力ください。
* 「診療情報提供書（紹介状）」のFAXは予約日の前日（土日祝日を除く診療日）の正午までにお願いします。
* 循環器内科につきましては、**心電図**と**採血結**果もあわせてFAXをお願いします。
* 腎臓内科につきましては、**採血結果**もあわせてFAXをお願いします。
* 造影が必要なCTでは**「ヨード造影剤使用に関する説明及び同意書」**もあわせてFAXをお願いします。
* MRI検査では**「MRI検査確認表」**、造影が必要なMRIでは**「MRI造影剤使用に関する検査説明及び同意書」**もあわせて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、祝日等の場合は救急診察室に連絡をお願いします。
* 予約受付時間　月～金　８：３０～１６：３０です。それ以降は翌日取り扱いとなります。
* 妊婦健診の場合は母子手帳と妊婦一般健康診査受診票を持参してください。

**市立大村市民病院　地域連携・患者支援センター**