

診療予約申込書

市立大村市民病院使用欄

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】

I D :

予約日: / ()

医師:

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 ()
 - : 心臓ペースメーカー (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) プスコパン (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	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

2025 年 8 月作成