

紹介初診・委託検査予約申込書

平塚市民病院 病診連携室 FAX 0463-37-3625

(病院処理欄) ID : _____
 予約日時 : _____
 予約項目 : _____

年 月 日

※スタンプでも結構です。申込医氏名・TEL・FAX番号は必ずご記入ください。

申込医療機関名

申込医 _____

TEL _____

FAX _____

○ ふりがな
患者氏名 _____ 様 市民病院ID _____

○ 生年月日 (明・大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 (男・女)

○ 住所 _____ TEL _____

1. ご希望の受診日

第1希望 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

第2希望 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

2. 紹介初診予約

○ ご希望の診療科 _____ 科 _____ 医師

病名・症状等 (簡単に) _____

- 今回の御紹介は (どちらかにチェック☑して下さい)
- 上記疾患 (症状) の治療のみ (症状が改善したら逆紹介させていただきます)
 - 今後の治療全般を市民病院で引き受けて欲しい

3. 委託検査予約

○ ご希望の検査項目 (丸で囲んでください) _____ 検査する部位 : _____

胃カメラ (経口 / 経鼻) ・ CT (単純 / 造影) ・ MRI (単純 / 造影) ・ RI

骨密度 ・ 超音波検査 (腹部 ・ 甲状腺 ・ 頸動脈 ・ 乳腺 ・ 心臓) ・ 血圧脈波

○ 結果レポートの受取希望日 _____ 当日・翌日以降

○ CD-ROMの希望 _____ 希望する・希望しない

コメント欄 (その他、特記事項等がございましたらご記入ください)

ご紹介いただきまして、ありがとうございました。

お手数ではございますが、診療情報提供書をお書きいただきますようお願い申し上げます。

平塚市民病院 病診連携室直通 TEL 0463-34-7994 FAX 0463-37-3625

受付時間は診療日 (平日) の8時30分～17時および土曜日の9～13時です。

(上記以外の時間帯は翌診療日の返答となります)