

# 【診療・検査予約申込書】

平成 年 月 日

## マツダ株式会社マツダ病院

【紹介医療機関】

患者診療支援センター・医療連携担当  
TEL 082-565-5014 FAX 082-565-5137  
予約受付 8:15 ~ 16:45 (月~金)

所在地  
名称  
医師名

時間を過ぎたお申込は、返事等翌日になります。予めご了承ください。

TEL ( ) -  
FAX ( ) -

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名	旧姓 ( )	男・女	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)
住所	〒			当院受診歴 無・有
電話番号	自宅 ( )	-	勤務先・携帯 ( )	-
保険者番号		公費番号①		
記号		受給者番号		
番号		公費番号②		
会社名		受給者番号		
資格取得日	昭・平 年 月 日	老人負担割合	1割	3割
有効期限	平成 年 月 日	高齢受給者	1割	3割
被保険者名	(世帯主)	続柄/特記	本人・家族 / 事故・労災・生保	

診療・検査科や該当部は○で囲んでください。お急ぎの場合の保険情報は原本のFAXでも可です。

診療・検査科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	糖尿病内科	心療内科・精神科	小児科	外科	脳神経外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	口腔外科・歯科	画像診断科	
希望医師	( ) 医師 指定なし 医師の了解 済・未															
診療・検査希望日	1・いつでも可		( 医療連携への事前連絡 済・未 )													
	2・希望日有り		第1希望	月 日	曜日	午前・午後	時 分									
入院希望	(有) 入院につきましては、診察後に決まります														連絡 済・未	
	感染症(MRSA等) 認知症 徘徊 独語															
目的・検査等	診察 経過観察 手術 検査( )															
	CT・MRI/MRA 単純造影 (頭部 頭頸部 胸部 腹部 頸椎 胸椎 腰椎 骨盤)															
	腰椎・大腿骨 骨密度検査(DEXA法) ※体内金属の有無を○で囲んでください。 腰椎部の金属 無・有 大腿骨近位部の金属 無・有 (有の場合: 左・右)															
主病名・症状	*診療準備のため紹介状(診療情報提供書)を併せてご送信ください。															
移動	独歩 杖歩行 車イス ストレッチャー															
搬送方法	救急車 介護タクシー 自家用車 その他 ( )														同伴者(有・無)	

・診療(検査)科や希望医師は、マツダ病院の外來診療表やホームページなどを別途参照のうえご記入願います。また事前に直接連絡された場合は、「連絡済」の項に○印をお願いします。