

【診療・検査予約申込書】

年 月 日

マツダ株式会社マツダ病院
地域連携センター・地域医療連携
TEL 082-565-5014
FAX 082-565-5137

【紹介医療機関】
所在地
名 称
医師名
TEL () —
FAX () —

予約受付 8:15 ~ 16:45 平日(土・日曜日・祝日は除く)
*上記時間外でのお申込は、翌日以降のご返事になります。

フリガナ	(男・女)		生年月日	
患者氏名	旧姓()		大・昭・平・ 令・西暦	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	
続柄／特記	本人・家族／事故・労災・生保		受給者番号	

*保険情報は原本のFAXでも可です。

*診療・検査科や該当部は○で囲んでください。

診 察	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 膠原病科 リウマチ科
	希望医師	() 医師 指定なし 医師への連絡 済・未
	希望日	①第1希望 月 日 午前・午後 第2希望 月 日 午前・午後
		②翌日含む いつでも可
		③不可日 ()
		④事前予約済 受診日 月 日 午前・午後 時 分
	紹介目的	診察 手術 検査 ()
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。	
入院希望	無・有 (入院につきましては、診察後に決まります) 連絡 済・未	

検 査 の み	CT・MRI	単純・造影	部位 ()
	腰椎・大腿骨 骨密度検査 (DEXA法)	腰椎部の金属 無・有 大腿骨近位部の金属 無・有 (右・左)	

来院方法	独歩 杖歩行 車イス ストレッチャー 救急車 その他()
同伴者	無・有

*当院記入欄

月 日 () 午前・午後 :

改定日 2025年10月1日