

【診療・検査予約申込書】

年 月 日

マツダ株式会社マツダ病院

【紹介医療機関】

地域連携センター・地域医療連携

所在地

TEL 082-565-5014 FAX 082-565-5137

名称

予約受付 8:15 ~ 16:45 (月~金)

医師名

*時間を過ぎたお申込は、返事等翌日になります。

TEL () -

予めご了承ください。

FAX () -

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|------------------------|--------------|------------|---|---|------|--|--|--|--|--|-----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | (男 ・ 女) | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | 旧姓() | 明・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 | | | | | | | | | | | |
| 記 号 | | | | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | | | | | | |
| 番 号 | | | | | | | | | | | | 公費番号 | | | | | | | | | | | |
| 続柄 / 特記 | 本人 ・ 家族 / 事故 ・ 労災 ・ 生保 | | | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | | | | | | |

*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 | 心精療内科 | 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 | 口歯腔科 | 画像診断科 | |
| 希望医師 | () 医師 | | | | | | | | | | | 指定なし | 医師への連絡 済 ・ 未 | | | |
| 診療・検査希望日 | 1. 地域連携への事前連絡済 (月 日 曜日 午前・午後 時 分) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. 翌日含むいつでも可 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. / 以降であればいつでも可 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4. 希望日有り | | 第1希望 | | 月 | 日 | 曜日 | 午前 | 午後 | 時 | 分 | | | | | |
| | | 第2希望 | | 月 | 日 | 曜日 | 午前 | 午後 | 時 | 分 | | | | | | |
| 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 無 ・ 有 | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
| | 感染症(MRSA等) 認知症 徘徊 独語 | | | | | | | | | | | | | | | |

*診療(検査)科や希望医師は、マツダ病院の外来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、「済」の項に 印をお願いします。

コピーしてご利用ください