

【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		

*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 療神 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 外・ 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