

市立御前崎総合病院 外来受診・検査・栄養指導申込書

FAX : 0537-86-8853

★患者情報

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
患者氏名		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
住所	〒 (-)		
電話番号		携帯電話	
保険区分	自賠責 ・ 労災 ・ 公災 ・ 自費 ・ 生活保護 ・ その他 ()		

★外来受診 ※診療情報提供書と併せてFAXをお願いします

希望診療科	科	希望医師	無 ・ 有 (医師)
<input type="checkbox"/> 予約	希望日 無 ・ 有 ()		
	都合の悪い日 :		
<input type="checkbox"/> 当日緊急受診 (※地域連携室に電話をお願いします)			
<input type="checkbox"/> 患者様から後日連絡にて予約 (※代表0537-86-8511に電話をお願いします 電話受付時間：平日14:00～16:00)			
<input type="checkbox"/> 予約なしで受診予定			
紹介状	郵送 ・ 本人持参	CD-R持参	有 ・ 無
備考			

★検査・栄養指導依頼

検査項目	CT ・ MRI (MRA ・ VSRAD) ・ エコー ・ 骨密度 ・ 栄養指導 ・ その他 ()				
	単純 ・ 単純+造影 ・ ダイナミック				
部位		読影依頼	有 ・ 無		
病名		検査目的			
データ	CD-R ・ 紙 (エコー・骨密度・栄養指導のみ)	結果	郵送 ・ 本人渡し		
身長	cm	体重	kg	妊娠	有 ・ 無 ※女性必須
予約日	<input type="checkbox"/> 希望日 無 ・ 有 ()				
	<input type="checkbox"/> 直近で予約のとれる日 ※基本的に午後の検査となります				
備考					

※透析患者様は以下の項目に○をつけてください

内シャント： 無 ・ 有 (右手 ・ 左手)

造影検査にて水分制限のある場合、造影検査後の生食 残破棄 → する ・ しない

※栄養指導依頼の場合は、“栄養指導指示箋”を記入の上、併せてFAXをお願いいたします

※診療科や検査項目によっては、予約にお時間をいただく場合があります。ご了承ください。

〒437-1696 静岡県御前崎市池新田2060番地
市立御前崎総合病院
患者支援センター 地域連携室
直通TEL : 0537-86-8852 直通FAX : 0537-86-8853

紹介元	
所在地	
医療機関名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	