

ご紹介患者様 診察・検査予約申込書

R7 12

年 月 日

京都山城総合医療センター 宛

TEL: 0774-72-0390 (直通)

平日8:30~19:00、土曜日9:00~13:00

FAX: 0774-72-0574 (直通)

※上記の時間以外に頂いたFAXについては、翌診療日に予約受付をさせて頂きますのでご了承ください。

お手数ですが、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込くださいますようお願いします。

貴院(貴施設)名 医 師 名 住 所 TEL / FAX	TEL - - / FAX - -
---------------------------------------	-------------------

※患者氏名は、保険証記載の漢字でお願いします。

ふりがな				男・女	生年 月日	大・昭・平・令 年齢		
患者氏名	様					年 月 日 ()		
当院受診歴	あり・なし	ID:						<input type="checkbox"/> 現在入院中
住所	木津川市(木津・山城町・加茂町)・和束町・笠置町・南山城村・精華町 ・綴喜郡・京田辺市・奈良市・その他()							
(※IDがわからない場合は、住所の記入をお願いします)	(〒 - - -) Tel (- - -)							
傷病名及び主訴								

(外来診察申込)

診 察 予 約	受診申込科: 科			先生宛		
	第一希望: 月 日	第二希望: 月 日	<input type="checkbox"/> 希望日なし			
	<input type="checkbox"/> 患者さまからの直接連絡(平日8:30~17:15までに地域医療連携室へ) 病院代表TEL(0774-72-0235)					

(検査申込)

放 射 線 科 ※造影検査をご希望の場合、 <u>血清クレアチニン値</u> をご明記ください	第一希望: 月 日	第二希望: 月 日	<input type="checkbox"/> 希望日なし
	C T <input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 心 臓 <input type="checkbox"/> 胸 部 <input type="checkbox"/> その他(部位:) <input type="checkbox"/> 腹 部	<input type="checkbox"/> ヨード造影剤によるアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
【検査結果について】 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 当日本人渡し (16:30~17:00要来院) CD→ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	M R <input type="checkbox"/> 単 純	<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 四 肢(部位:) <input type="checkbox"/> 腹 部 <input type="checkbox"/> 脊 椎(部位:) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他(部位:)	<input type="checkbox"/> ヨード造影剤によるアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー装着 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> 造 影	<input type="checkbox"/> 骨密度測定 (部位 <input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨)	
内 視 鏡 検 查	第一希望: 月 日	第二希望: 月 日	<input type="checkbox"/> 希望日なし
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(食道・胃・十二指腸) <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー(大腸・直腸)		
↓ 以下に詳細なご希望についてチェックをお願いします。			
生 理 検 查	<input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡を希望する	<input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡は希望しない	
	<input type="checkbox"/> 鎮静を希望する	<input type="checkbox"/> 鎮静を希望しない	
※胃カメラで鎮静、経鼻内視鏡をご希望の場合は検査枠が限られているため、ご希望の日に添えない場合があります。			
第一希望: 月 日	第二希望: 月 日	<input type="checkbox"/> 希望日なし	
<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> 血管エコー(<input type="checkbox"/> 頸動脈・ <input type="checkbox"/> 下肢静脈)			
<input type="checkbox"/> 腹部エコー(※朝絶食で来院してください) <input type="checkbox"/> ホルタ一心電図			
(備考)			