

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)

FAX : 0774-72-0574 (直通)

平日8:30~19:00、土曜日9:00~13:00

※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いただ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いたします。

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	年 月 日 ( )	
当院受診歴	あり・なし	ID: [ ]				<input type="checkbox"/> 現在入院中
住 所 (※IDがわからない場合は、住所の記入をお願いします)	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 ( ) (〒 - ) 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  mg/dl  【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	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"/> 造 影	<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 ※ ヨード造影剤によるアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	M R <input type="checkbox"/> 単 純 <input type="checkbox"/> 造 影	<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： ） ※ MRI造影剤によるアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ 心臓ペースメーカー装着 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	<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 査	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。		
	<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。		
生 理 検 査	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"/> ホルター心電図		

(備考)