

# 診察申込書

紹介先医療機関名  
**谷津保健病院**

年 月 日

科		先生
受診希望日	第1希望	月 日 午前・午後
	第2希望	月 日 午前・午後

紹介医療機関の  
名称及び所在地  
電 話 番 号  
F A X  
医 師 氏 名

(印)

フリガナ			明・大・昭・平・令
患者氏名	様	生年月日	年 月 日 男・女
ご依頼内容	1. 外来 2. 入院 3. 検査 <sup>※1</sup>		病状安定後、患者様の診療お戻しを 1. 希望する 2. 希望しない
	※1 検査項目	MRI、MRI + MRA、CT	検査指示部位
	※2は午後のみ	造影(無・有) 過去1ヶ月以内のクレアチニン値 _____ mg/dl ビグアナイド系の糖尿病薬服薬 (有・無)	
		エコー(腹部・心臓・甲状腺・乳腺・頸動脈・ <sup>※2</sup> 下肢動脈・ <sup>※2</sup> 下肢静脈)、ABI 内視鏡(胃)、ホルター心電図、トレッドミル <sup>※2</sup> 、その他(	
傷病名・紹介目的			

**【お願い】** 太枠内の記載内容(特に患者様ご氏名、生年月日、性別)についてご確認ください。  
記載内容に不備がありましたらお知らせくださいますよう、くれぐれも宜しく願い申し上げます。

## 診療予約のお知らせ

下記のとおり診療を予約致しました。

記

予約日時	年 月 日 ( )		時 分
診療科	科	担当医師	
備考			

- \* 患者様には、別紙「外来予約票」、「入院予約票」、または「検査予約票」をお渡しく下さい。
- \* 指定された医師が救急等で診察できない場合、他の医師が診察させていただくことがあります。
- \* ご不明の点がございましたら、下記にお問い合わせください。

医療連携室	TEL 047-451-6110(直通) 047-451-6000(代表) FAX 047-451-6114(直通)
-------	--