

宛先 熊本市市民病院 予約センター 行

FAX:096-369-9397 TEL:096-365-1607

※予約申込は前日までにお願ひします(受付時間平日8:30~17:00)
受診当日のご予約は、対応できない場合がありますので御了承ください

紹介元の先生方へ

円滑な診療を行うため、事前に診療情報提供書を「FAX」または、「くまもとメディカルネットワーク」にて送信いただけますようご協力お願い致します。

紹介患者予約申込票(診療・検査) 【貴院控】

申込日 年 月 日

基本情報

紹介元医療機関名		診療科名	
部署		電話番号	- -
ご担当者名 (フリガナ)		FAX番号	- -
患者氏名		男 女	生年月日
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生
患者住所	〒		
患者連絡先	電話①	電話②	
※日中、必ず連絡のとれる方の電話番号をご記入ください。			

診察希望内容

希望受診科	科	医師:
希望日	① 月 日 曜日 ② 月 日 曜日	
紹介目的	※主訴・臨床診断・検査目的等を簡単にご記入ください(紹介状は患者さんへお渡しください)	

画像検査希望内容

希望検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI
希望日	① 月 日 曜日 ② 月 日 曜日
紹介目的	※主訴・臨床診断・検査目的等を簡単にご記入ください(紹介状は患者さんへお渡しください)
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 () <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 乳房 (右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/>)
造影検査	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 一任
造影検査希望時は 3ヶ月以内の腎機能をご記入下さい	【造影剤使用歴】 <input type="checkbox"/> 有 副作用 () <input type="checkbox"/> 無
	検査日 月 日 ※診療情報提供書に記載があり、本予約申込票と一緒に提出する場合は 記載を省略できます
	【eGFR値】 mg/dl または 【CRE】 mg/dl
患者の状態	<input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 腎透析 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> アレルギー()

※心臓CT、心臓MRI、CTコロノグラフィ、核医学検査等については、下記の代表番号より放射線科にご連絡ください

096-365-1711(代表)

紹介患者予約申込票(診療・検査)【患者控】

FAX予約受付後、予約センターから、患者さんへお電話し受診日を調整させていただきます。

予約確定後、下記、患者記入欄に予約内容をご記入の上、当日ご持参下さい。

※予約状況によっては、担当医が変更になる場合がありますので予めご了承ください。

患者記入欄				
診療(来院)日時	月	日	曜日	時 分
予約診療科	科		医師:	
予約検査内容	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI		
食事について				
薬について				

■ 当日は、予約時間に1階①番総合受付にお越しください

※予約時間は受付時間です。診察開始時間ではございません

■ 【ご持参いただくもの】

- ①紹介状②保険証③当院の診察券④おくすり手帳⑤ペースメーカー手帳
- ⑥予約申込票患者控え(当用紙)

※③～⑥はお持ちの方のみ

■ 【MRI検査をお受けできない状態の方】

- ・心臓ペースメーカー、人工内耳、体内神経刺激装置を使用されている方
- ・仰臥位、安静困難な方、鎮静の必要な方、意識障害のある方

■ 【MRI検査に対応できない場合がある状態の方】

- ・ドレーン、人工骨頭、人工関節、プレート類、人工弁、動脈瘤クリップ、血管ステント、義肢、磁石式インプラント、義眼をご使用の方、妊娠中の方、刺青をされている方

■ 日時変更の場合は、下記のお問い合わせ先にご連絡ください

【お問い合わせ先】

熊本市市民病院 予約センター(受付時間:8:30~17:00)