

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をお願いします(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お願いいたします。

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 | | FAX番号 | - - |
| (フリガナ) | | 男 女 | 生 年 月 日 |
| 患者氏名 | | <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 (右口 左口) | | |
| 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】 <u> </u> mg/dl | または | 【CRE】 <u> </u> 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)

熊本市市民病院
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マイナ保険証(健康保険証)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)