

# 宛先 熊本市民病院 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 【造影剤使用歴】 <input type="checkbox"/> 有 副作用 ( ) <input type="checkbox"/> 無	
造影検査希望時は 3ヶ月以内の腎機能をご記入下さい	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コログラフィ、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)