

河北総合病院 地域医療連携課 宛

F A X 03-3339-2162

診察・検査予約依頼書（F A X用）

受付時間 月～金曜日 8時30分～18時30分
土曜日 8時30分～17時00分
(時間外・休日送信分につきましては翌早朝にご連絡申し上げます。)

■紹介先医療機関名

河北総合病院
地域医療連携課
直通電話 03-3339-2152

紹介元医療機関：
所在地：
TEL：
FAX：
医師名：

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	殿	男・女	明・大 年 月 日 昭・平 (才)
予約種類 (A～Fのいずれかの一項目を○で囲って下さい)			
A. 外来診察 診療科_____ 医師名_____			
B. CT・MRI・MRA 撮影部位_____ 造影 あり ・ なし			
※造影検査時：直近の腎機能検査結果 (クレアチニン・BUN) 必須となっておりますので 血液データを紹介状に記載もしくは添付頂けますようお願い致します。			
※薬物アレルギーの有・無 (有の場合は薬物名)、気管支喘息の既往などについても紹介状に ご記載ください。			
※MRI検査の際には、心臓ペースメーカー、脳動脈瘤クリップ等、体内に金属は無いか ご確認ください。			
C. 超音波 撮影部位_____			
D. 骨密度			
E. 胃カメラ (経鼻内視鏡希望 する・しない)			
・ブスコパン： 可・不可 ・抗凝固薬・抗血小板薬：服用中 () ・服用なし			
F. その他 ()			
紹介目的			
※ 詳細は紹介状へご記入下さいますようお願い致します。			
※ 受診・検査希望日／来院可能な複数の日もしくはご都合の悪い日・曜日をご記入下さい。			
希望日 第1希望 (月 日) 第2希望 (月 日) 第3希望 (月 日)			
都合の悪い日・曜日 () ・ ()			

※予約受付手続き後、診療検査予約票をF A Xにて返送いたしますので、患者さんにお渡し下さい。

※予約票の返送がない場合は、地域医療連携課までご連絡お願いいたします。

※緊急時や入院要請は地域医療連携課に直接お電話 (03-3339-2152) 頂けますようお願い致します。