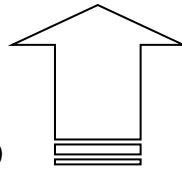


FAX番号 (0897) 55-1660 受付時間 8:00~17:00 (翌日の予約は16:30まで)

# 紹介患者予約申込書

※紹介状も同時にFAX願います

社会福祉法人  
恩賜財団 **済生会西条病院**  
地域医療連携室



お申し込み  
医療機関名 \_\_\_\_\_

ご紹介医師名 \_\_\_\_\_

TEL (0897) 55-9920 FAX (0897) 55-1660

TEL ( ) -

(夜間・時間外・休日の緊急時は代表 TEL (0897) 55-5100 へお電話ください)

FAX ( ) -

紹介先診療科		受診希望医師名				
フリガナ	性別	明治	大正	昭和	平成	令和
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日	生	( ) 歳
住所	〒	-	電話番号			
			( )	-		

受診・検査希望日時 (9:00からの診察とさせていただきますが、不都合が生じる場合は、ご希望の時間をご記入ください)  
※午後から手術のため、整形外科は11時まで、眼科は月曜・水曜が11時までの診療となります。

- ① 令和 年 月 日 ( )  午前  午後 時 分
- ② 令和 年 月 日 ( )  午前  午後 時 分

受診のみ ——— 緊急性の有無  なし  あり —  救急車による搬送  自家用車 ほか

検査のみ

受診と検査

入院希望あり

検査の結果をフィルムで希望する (希望がない場合はCD-ROMでお渡します)

CT 部位【 】

MRI 部位【 】

RI 部位【 】

PET-CT 部位【 】

放射線治療 部位【 】

その他検査【 】

※PET-CT検査希望時は、下記の項目すべてに必ず記入をお願いします。

空腹時血糖 mg/dl

身長 cm 体重 kg

糖尿病  あり  なし

入院患者  外来患者

- ※ DPC算定対象の患者さんですか?  はい  いいえ
- ※ 交通事故による受診・検査ですか?  はい  いいえ
- ※ 労災による受診・検査ですか?  はい  いいえ

\* PET-CTの予約受付に関しましては、薬剤等の準備がございますので、必ず検査希望日の3日前までにお申し込みください。お願いいたします。

疑い病名でも結構ですので、簡単に傷病名をご記入ください。 ※ 紹介状も同時にFAX願います。

※ 貴院で実施済みの検査があれば、チェックを入れてください。

- CT(検査日 月 日)  RI(検査日 月 日)  その他( )

※ 緊急の場合は、当院医師 (0897-55-5100) へ直接、ご連絡ください。

※ FAX受付時間は 8:00~17:00 です。 またシステム上、16:30分を過ぎますと翌日の予約は取れません。

※ 患者さんには、予約票と紹介状をお持ちになって、当院・地域医療連携窓口までお越しくださいませう、お伝え願います。

※ 当日の予約はシステム上、予約票を返信していません。かならず予約申込書・紹介状をFAX後、患者さんに、紹介状(原本)を持参させ、地域医療連携窓口までお越し頂くようお願いいたします。

※ FAXは24時間稼働していますが、時間外・休診日にお送りいただきますと、翌日または休み明けにご連絡いたします。ご了承ください。

※ 受診・検査時間や医師の調整により、多少時間がかかる場合がございます。

30分を過ぎても連絡がない場合は、お手数ですが地域医療連携室(直通 0897-55-9920)までご連絡ください。