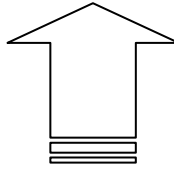


FAX番号 (0897) 55-1660 受付時間 8:30~17:00 (翌日の予約は16:30まで)

# 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	
科			
フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男	年	月
	<input type="checkbox"/> 女	( ) 日 生	
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時までの診察となります。

- ① 平成 年 月 日 ( )  午前  午後 時 分
- ② 平成 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

<input type="checkbox"/> CT	部位【 】	※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。
<input type="checkbox"/> MRI	部位【 】	
<input type="checkbox"/> RI	部位【 】	
<input type="checkbox"/> PET-CT	部位【 】	
<input type="checkbox"/> 放射線治療	部位【 】	
<input type="checkbox"/> その他検査【 】		

空腹時血糖 mg/dl

体 重 kg

糖尿病  あり  なし

入院患者  外来患者

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)

- ※ 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 (代表 0897-55-5100) へ直接、ご連絡ください。

※ FAX受付時間は 8:30~17:00 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、受付までお越しくださいますよう、お伝え願います。

※ 当日の予約はシステム上、予約票を返信しておりません。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、受付までお越し頂くようお願いください。

※ FAXは24時間稼働していますが、時間外・休診日の受信分は、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。