

# 紹介初診・委託検査 予約申込書

申込日 年 月 日( )



FAX 0463-37-3625

平塚市民病院処理欄	ID
予約日時 / ( ) :	予約項目

【スタンプでも構いません。申込医氏名・TEL・FAX は必ずご記入ください】

申込医療機関名

申込医師名

TEL&FAX

フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 平塚市民病院 ID( \_\_\_\_\_ ) あり・なし

生年月日(西暦・T・S・H・R) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳 (男・女)

住所(〒 \_\_\_\_\_ )

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

第1希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) 第2希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) 第3希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( )

## 紹介外来

① 紹介先

\_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師  
予約時に診療情報提供書 FAX が必要な診療科  
(循環器、整形、形成、アレルギー内科、心臓外科  
血液内科、糖尿病、精神科、その他)

② 紹介目的・疑い病名(必ずご記入ください)

## 検査

① 検査項目(○で囲んでください)

・CT (単純 / 造影) ・MRI (単純 / 造影)  
【検査部位】 頭部 / 胸～骨盤 / 腹～骨盤

その他 \_\_\_\_\_

・RI(骨シチ・他) ・骨密度 ・胃カメラ(経口 / 経鼻)  
・エコー(腹 / 甲状腺 / 頸動脈 / 乳腺 / 心臓)

② 結果レポート受取希望 当日・翌日以降

③ CD-ROMの希望 希望する・しない

(○印がない場合は翌日以降に貴院へ郵送いたします)

その他特記事項等

★当日は委託検査・外来ともに診療情報提供書原本が必要です

★受付時間 平日8:30～17:00および、土曜日9:00～13:00(祝日除く)

【担当窓口】 医事課 地域連携担当 直通TEL0463-34-7994 FAX37-3625

(開-題6号様式)

令和2年4月1日より病診連携室から医事課地域連携担当へ名称変更いたしました!

