

送信先: 泉大津市立周産期小児医療センター 地域医療連携室宛

FAX 0725-32-6961 TEL 0725-20-6922

診療及び検査予約申込書

令和 年 月 日申込み

紹介元 医療機関名		医師名	先生
電話	() -	FAX	() -

【患者情報】

フリガナ 患者氏名	(男・女)※旧姓:		
生年月日	T. S. H. R	年 月 日生	(歳)
住 所			
電話番号	()	-	
受 診 歴	(有・無) 患者ID:		

【診療申込み】

	産科 ☐ 母体合併症 ☐ 胎児疾患 ☐ 遺伝カウンセリング外来
	婦人科 ☐ 子宮体部腫瘍 ☐ 子宮頸部病変 ☐ 卵巣腫瘍 ☐ 骨盤臓器脱
	小児科
	新生児内科
	小児外科
	乳腺外科
希望医師名	
第 1 希 望 日 時	年 月 日 ☐ 希望日なし
第 2 希 望 日 時	年 月 日 ☐ 都合が悪い日()
ご紹介目的[治療(処置・手術)・入院依頼・その他()]	

【検査申込み】 ※ CT・MRI・骨密度検査は別用紙にてお申込みください。

エ コ ー	☐ 心エコー(月曜日・水曜日・木曜日の午前) ☐ 腹部エコー(月曜日・水曜日・木曜日の午前) ☐ 下肢動脈エコー(月曜日・水曜日・木曜日の午前) ☐ 下肢静脈エコー(月曜日・水曜日・木曜日の午前)
そ の 他	☐ 脳波(成人のみ、木曜日の午後) ☐ 肺機能検査(月曜日・水曜日・木曜日の午前)(身長 cm、体重 kg、測定日 /)
希 望 日 時	年 月 日 (※都合が悪い日) ☐ 希望日なし

<受付時間> 【平日】 9:00~17:00 【土曜日】 9:00~12:00 祝日、年末年始等除く

※受付時間外のFAXにつきましては翌営業日でのお返事となります。

ののののの連携システムに参加される医療機関の皆さまへのののののの

「診察及び検査予約申込書」をご記入いただき、地域医療連携室へFAXにてご連絡ください。（お電話でも承ります）

返信はFAXで予約確認票など必要書類を送信いたします。

＜受付時間＞【平日】 9:00～17:00

【土曜日】 9:00～12:00 祝日、年末年始等除く

※受付時間外のFAXにつきましては翌営業日でのお返事となります。

●診察及び検査予約申込書の記入についてのお願い

- ・患者氏名、フリガナ、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号は必ずご確認の上、正しくご記入ください。（カルテ、診察券等は当日に作成致します。）
- ・診療科、病名、症状、部位、紹介目的等をご記入ください。

●予約確認票と診療情報提供書

- ・診察・検査予約確認票を受信されましたら、患者さまへ注意事項（特に検査時における絶食等）をご説明の上、診療情報提供書と共に患者さまにお渡しください。
診療、検査ともに診療情報提供書は必要です。
- ・予約日当日は、必ず当院 1 階①診察受付に「予約確認票」、「マイナ保険証等」、「医療証」、もしくは「医療券」を提示し、受付をお願い致します。

●予約取消・変更

- ・都合により予約を取り消される場合、または予約日を変更される場合は、地域医療連携室までご連絡ください。

泉大津市立周産期小児医療センター 地域医療連携室

○診療・検査予約申込など……電話番号 0725-20-6922(直通)

電話番号 0725-32-5622(代表)

FAX 0725-32-6961(直通)