

あがの市民病院 紹介患者予約申込書（FAX用）

FAX（直通）：0250-63-1471 電話（直通）：0250-25-7630
※FAX受付時間 平日9:00～16:30（時間外は後日連絡いたします）※当日のFAX受付はできません

依頼施設名 _____ TEL _____

依頼医師名 _____ 科 _____ FAX _____

下記のとおり

1	診察
2	検査

 を依頼します。（○印をおつけ下さい）

※受付時間 平日 9:00～16:30（時間外は後日連絡いたします） ※当日のFAX予約はできません。

フリガナ 患者氏名	男 女	世帯主 (続柄)	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日生	年齢	歳
現住所			
あがの市民病院の 受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	TEL :	— —

受診希望科	科		医師	
受診希望日	無	有	年 月 日	

【診断名又は現症状】

・CT ・MRI ・MRA (部位) (造影 有 ・ 無)				
[CD-R 要 ・ 不要] [診断録 要 ・ 不要] ※診断録は後日郵送いたします				
・腹部エコー ・頸部動脈エコー ・栄養指導 ・大腸内視鏡 ・上部消化管内視鏡				
・スペクト（脳血流）《ECD・IMP》 ・骨シンチ ・心筋シンチ《MIBG・その他》				

※ MRI・MRA依頼の場合
①ペースメーカーは装着していますか (有 ・ 無)
②ニトロダームTTS・ニコチネルTTSの貼付はしていますか (有 ・ 無)

※ スペクト依頼の場合は、30分ほどの安静臥床が必要となりますのでご注意ください

※ 造影を必要とする場合は、診療情報提供書に腎機能の記載をお願い致します