

**海津市医師会病院**  
**紹介連絡・予約申込**

申込年月日：平成      年      月      日  
午前・午後                      時      分

|     |             |     |          |
|-----|-------------|-----|----------|
| 依頼元 | 病院・医院・クリニック | 医師名 |          |
| TEL | (      )    | FAX | (      ) |

|        |      |         |    |   |
|--------|------|---------|----|---|
| 依頼患者情報 | フリガナ |         | 住所 |   |
|        | 氏名   | 様       |    |   |
|        | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年  | 月 |

|    |       |           |       |                       |
|----|-------|-----------|-------|-----------------------|
| 感染 | HBs抗原 | (未施行・+・-) | HCV抗体 | (未施行・+・-)             |
|    | 梅毒    | (未施行・+・-) | MRSA  | (未施行・+・-) 部位 (      ) |

|    |              |            |
|----|--------------|------------|
| 薬剤 | 抗凝固剤・抗血小板剤使用 | ( 有・無・不明 ) |
|----|--------------|------------|

|       |            |
|-------|------------|
| アレルギー | ( 有・無・不明 ) |
|-------|------------|

|         |  |
|---------|--|
| 主訴及び傷病名 |  |
|---------|--|

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| 希望診療科 |  | 希望医師名 |
|-------|--|-------|

◆ 下記項目にチェックを付けて下さい。

【外来診察】 希望日 平成      年      月      日 (      )

【入院依頼】 希望日 平成      年      月      日 (      )

【 検査 】 希望日 平成      年      月      日 (      )      午前      ・      午後

CT                      部位 (      )      造影 有・無

MRI                      部位 (      )      造影 有・無

骨塩定量

マンモグラフィ

DIP

注腸造影 (当院での事前診察必要の為、受診時に検査予約となります。)

胃カメラ

内視鏡検査  大腸ファイバー

ERCP (入院の上、施行させていただきます。)

超音波検査      部位 (      )

ホルター心電図

負荷心電図      ( エルゴメーター      ・      マスター      )

末梢神経伝導速度

呼吸機能検査

**返信      ・      予約控**

|   |  |
|---|--|
| 病院・医院・クリニック                                 | 先生御机下  |
| 患者氏名                                      様 | 診療科                                      科         |
| 予約日              月              日 (      )  | 来院時間                      時                      分 |
| 入院・外来診察・検査                                  | 時                      分                           |

※ 診療情報提供書の添付をお願い致します。

海津市医師会病院

TEL 0584 (53) 7111      FAX 0584 (53) 7128