

診察・検査用

神戸徳洲会病院 紹介・予約申込書 (医療機関専用)

地域医療連携室(直)FAX078-704-3186

※FAX予約受付時間《月～土 9:00～17:00》

紹介元医療機関 〒 -
所在地 _____

医療機関名 _____

TEL. - -

FAX. - -

所属科 _____

医師名 _____

☑を入れて下さい

患者様 氏名	フリガナ	生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日	生まれ (才)	男 女
		TEL						
<input type="checkbox"/> 診察依頼 希望診療科 _____ 科 希望医師名 _____ 医師 依頼内容の記入、又は紹介状の添付をお願いします。								
内視鏡検査 上部消化管(<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 下部消化管 <input type="checkbox"/> 上部消化管+下部消化管								
超音波検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> 表在エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 腎動脈エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 下肢動脈エコー <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー <input type="checkbox"/> シャントエコー <input type="checkbox"/> その他(_____)								
予約 希望日	希望日 ① _____月 _____日 ② _____月 _____日 ③ _____月 _____日							
	ご都合の悪い日: _____月 _____日							
④希望なし(依頼日から 2W・3W・1ヵ月以内)								

予約手続き完了後、「予約票」をFAXで送付致しますので、患者様に当日ご持参頂いてください。

【※本書をFAX送信後、お急ぎの場合は、お電話ください。(直)TEL078-704-3185】

【※休日・夜間の緊急依頼や転院等は、病院代表番号にお電話ください(代表)TEL078-707-1110】

【尚、放射線科の予約(CT,MRIなど)については、直通TEL&FAX078-705-3517にお電話ください。】