

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

申込医氏名

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

◆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
(循環器内科、整形外科、形成外科、心臓外科、
精神科、脳神経内科、その他)

◆紹介目的・疑い病名(必ずご記入ください)

□ 検査(完全予約制)

◆紹介先 放射線診断科 担当医宛

◆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 / 骨盤
その他

・RI(骨シチ・他) ・骨密度 ・胃カメラ(経口 / 経鼻)

・エコー(胸腹部 / 甲状腺 / 頸動脈 / 心臓)

◆結果レポート受取希望 当日・翌日以降

◆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、土曜日9:00～13:00(祝日年末年始除く)

【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 20230607)

