

※ 診察予約の際には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください!

To 県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター

FAX: (06) 6480-7721

(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

県立尼崎総合医療センター

《内視鏡・超音波・脳波検査》予約依頼票

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【依頼元】 医療機関名: _____ 診療科: _____

医師名: _____

所在地: _____

TEL: _____ FAX: _____

患者様の予約回答待ち状況
 ご紹介元医療機関にて外来待機中
 帰宅されている

【患者様データ】

| | | | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|-----|
| 患者氏名 | フリガナ | 生年月日 | 明・大 年 月 日 | 男女 |
| | (旧姓) | | 昭・平・令 (歳) | |
| 住所 電話番号 | 〒 - - Tel. - - | | | |
| 依頼検査 <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい | <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ) ※ 大腸内視鏡検査の依頼は、消化器内科の診察依頼 (紹介目的: 大腸内視鏡検査) をお願いします。 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 (腹部エコー)、 <input type="checkbox"/> 脳波 | | | |
| 紹介目的 | 主訴・病名・病状とともに、簡単な紹介目的を下記に記載ください。 ----- ----- ----- (詳細は、当日持参される紹介状で結構です) | | | |
| 当院への受診歴 | (有・無) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 受診科; | 診察券番号; | - - |
| 希望受診日 | ① 月 日、 ② 月 日、 ③ 月 日 or 希望曜日(曜日) | | | |

➤ 検査予約の場合: 下記の依頼項目、および、画像希望の有無にチェックください

★ 画像添付 CD を; [希望する]

★ 女性の場合は以下を確認ください * 妊娠中は、内視鏡検査は原則として行いません。
妊娠の可能性: あり • なし

* 折り返し、FAXにて「予約回答書」、「検査申込書」などの必要書類を返信させていただきます。
受付時間: 《平日》午前8時45分~午後7時30分、 《土曜日》午前8時45分~午前12時
《日曜日・休日》受け付け業務なし TEL: (06) 6480-7720 (直通)
なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受け付けは翌日対応となります。

* 来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状: 診療情報提供書」をご持参ください。