

# 赤穂市民病院FAX予約診療申込書（診察・検査）

予約専用FAX 0791-43-8465

記載日 年 月 日

紹介先医療機関名

赤穂市民病院

科

先生

紹介元医療機関名

所在地

医師氏名

TEL ( - - )

FAX ( - - )

フリガナ	住所
患者氏名	
旧姓： ( ) (男・女)	電話番号 ( ) -
生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日 年齢 歳	赤穂市民病院受診歴：あり・なし

■紹介目的■ 下記該当欄に☑をお願いします。

診察依頼 検査依頼 健康サポート外来 (※) その他 ( )

## <診察または検査>

主訴または 傷病名	待ち状況： <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 院外
病状	
来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車

## <検査の場合、下記にもご記入ください>

検査の種類	MR I	CT	RI	胃内視鏡	その他 ( )
部位	身長 cm		体重 kg		
撮影方法	単純 造影 (有・無) ※造影有の場合は同意書が必要です。				

## <診察または検査希望日>

希望日	第1希望	年	月	日 (曜日)
	第2希望	年	月	日 (曜日)
	希望日なし または 不都合な日 ( )			
	特記事項 ( )			

※健康サポート外来をお申込みの場合は、直近の検査データ（HbA1c、血中クレアチニン、尿たんぱくを含む）を添付のうえFAXしてください。

◆ご不明な点がございましたら、地域医療室までお問い合わせください。

【赤穂市民病院 地域医療室 直通】 TEL 0791-43-8458 FAX 0791-43-8465