

診察・検査・入院依頼書 FAX 送信票

甲南病院 地域医療連携室 (FAX:0748-86-3257)

令和 年 月 日

紹介医療機関名		医師氏名		御侍史	
TEL		-		FAX	
診察・入院 依頼	診療科 _____ 科	医師指定 _____ 医師		(無い場合は外来担当医師)	
	希望日: 本日・救急・いつでも可・[第一希望: 月 日] [第二希望: 月 日]				
検査依頼	医師指定 _____ 医師		(無い場合は希望日の担当医師)		
	希望日: [第一希望 月 日] [第二希望 月 日]・いつでも可				
<input type="checkbox"/> 内視鏡 上部 GF (経鼻・経口) [声帯・食道・胃・膵・胆管]					
<input type="checkbox"/> 内視鏡 下部 CF					
下剤処方と前処置説明: <input type="checkbox"/> 紹介元病院 <input type="checkbox"/> 甲南病院(検査前日迄の来院が必要になります)					
<input type="checkbox"/> セスデン <input type="checkbox"/> グルカゴン ※ 抗凝固剤の内服 <input type="checkbox"/> 有(中止・継続中) <input type="checkbox"/> 無					
<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓 } ※超音波検査は診療科診察と合わせての					
<input type="checkbox"/> 上腹部スクリーニング <input type="checkbox"/> 下腹部 } ご予約となります					
☆ <u>CT MRI 造影 胃透視等 放射線科の関係する検査は 直接 放射線科へご依頼ください。</u>					
放射線科 直通 TEL 0748-86-3166					
(つながらない時は、甲南病院代表番号 0748-86-3131 にて、“放射線科へ”とお伝えください。)					

患者様基本情報 ※ご紹介目的・病名の記入をお願いいたします。

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	M・T・S・H	年	月 日(歳)
住所	〒 _____				甲南病院受診歴 有・無 / 不明
電話番号	自宅: _____	携帯:	_____		
紹介目的 又は病名					

医療機関様へ・・・診察・検査・入院依頼書を送信頂き、ご予約後「紹介患者様の受診・検査日のお知らせ」を返信させて頂きます。患者様へ診療情報提供書とともにお渡しく下さい。

緊急時には電話での対応をさせていただきます。

☆放射線科の場合は上記の通り、電話のみの対応となります。

甲南病院 地域医療連携室(直通) TEL 0748-86-3210 /FAX 0748-86-3257

(月～土 8:30～17:00 休祝日を除く)

※地域医療連携室業務時間外(17:00以降/休日)は代表番号へ転送となり、外来看護師が対応いたします。