

診察・検査・入院依頼書 FAX 送信票

甲南病院 地域医療連携室宛 (FAX:0748-86-3257)

平成 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 頚動脈 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 上腹部スクリーニング <input type="checkbox"/> 下腹部 </div> <div style="width: 45%; font-size: 2em;">}</div> <div style="width: 45%;"> ※超音波検査は診療科診察と合わせての ご予約となります </div> </div>		
☆ <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> <div style="text-align: center;">放射線科 直通 TEL 0748-86-3166</div> (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)でお急ぎのご依頼は原則電話でお願いいたします。

業務時間外及び休日は直通 TEL・FAX とともに代表番号へ転送となります。