R3　8

ご紹介患者様　診察・検査予約申込書

年　　月　　日

京都山城総合医療センター　　宛

ＴＥＬ：０７７４－７２－０３９０（直通）　　**ＦＡＸ：０７７４－７２－０５７４（直通）**

平日８：３０～１９：００、土曜日９：００～１３：００

※上記の時間以外に頂いたＦＡＸについては、翌診療日に予約受付をさせて頂きますのでご了承ください。

お手数ですが、必要事項をご記入のうえ、ＦＡＸにてお申込くださいますようお願いします。

貴院（貴施設）名 医　師　名 住　　所 ＴＥＬ／ＦＡＸ	

※患者氏名は、保険証記載の漢字でお願いします。

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令　年齢 年　月　日（　　）	
患者氏名	様				
当院受診歴	あり・なし　ID:				□　現在入院中
住　所 （※ＩＤがわからない場合は、住所の記入をお願いします）	木津川市（木津・山城町・加茂町）・和束町・笠置町・南山城村・精華町・綴喜郡・京田辺市・奈良市・その他（　　） （〒　　－　　） TEL（　　－　　－　　）				
傷病名及び主訴					

（外来診察申込）

診察予約	受診申込科：　　科　　先生宛		
	第一希望：　　月　　日	第二希望：　　月　　日	□　希望日なし
	□　患者さまからの直接連絡（平日8：30～17：15までに地域医療連携室へ） 病院代表ＴＥＬ（０７７４－７２－０２３５）		

（検査申込）

放射線科 **※造影検査をご希望の場合、<u>血清クレアチニン値</u>をご明記ください** mg/dl 【検査結果について】 □郵送 □当日本人渡し （16：30～17：00要来院） ＣＤ→□要　□不要	第一希望：　　月　　日	第二希望：　　月　　日	□　希望日なし
	Ｃ　Ｔ □　単　純 □　造　影	□　頭　部　　□　心　臓 □　胸　部　　□　その他（部位：　　） □　腹　部 ※　ヨード造影剤によるアレルギー　□なし　□あり	
	Ｍ　Ｒ □　単　純 □　造　影	□　頭　部　　□　四　肢（部位：　　） □　腹　部　　□　脊　椎（部位：　　） □　骨盤部　　□　その他（部位：　　） ※　ＭＲＩ造影剤によるアレルギー　□なし　□あり ※　心臓ペースメーカー装着　□なし　□あり	
	□　骨密度測定（部位 □ 腰椎　□ 大腿骨）		
内視鏡検査	第一希望：　　月　　日	第二希望：　　月　　日	□　希望日なし
	□　胃カメラ（食道・胃・十二指腸）　□　大腸ファイバー（大腸・直腸）		
生理検査	第一希望：　　月　　日	第二希望：　　月　　日	□　希望日なし
	□　心エコー　□　トレッドミル　□　血管エコー（□頸動脈・□下肢静脈）		
	□　腹部エコー（※朝絶食で来院してください）　□　ホルター心電図		

（備考）