

(診療・検査) 予約申込依頼書 (F A X送信用)

諏訪赤十字病院

受診科 科
 医師 様 (医師に指定がない場合は科名のみご記入ください)

(紹介元医療機関) 所在地
 名称
 医師氏名
 電話番号
 F A X 番号

諏訪赤十字病院を受診したことがある (I D _____) ・ ない

ふりがな				性別	男・女
患者氏名	(旧姓:)				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	()歳
電話番号	()				
希望日	第一希望 月 日 () 第二希望 月 日 () 希望なし ・ 週間以内 ・ 都合の悪い日				
紹介目的 (該当する項目に☑をお願いします)	☐ 診察	次の診療科については、該当する方に☑をお願いします			
		呼吸器科	☐ SAS	☐ SAS以外	
		消化器科	☐ 肝臓	☐ 肝臓以外	
		循環器科	☐ アブレーション	☐ アブレーション以外	
	☐ 検査	放射線科	☐MRI	☐単純	☐造影(部位)
			☐CT	☐単純	☐造影(部位)
			☐US(部位)		
シンチグラム			☐骨	☐脳血流 ^{sp} 外	☐他()
	消化器科	☐GIF			
	循環器科	☐ABI	☐UCG		
	外科	☐骨密度			
その他 特記事項					

2017.11

※可能な限り、事前(予約日前日まで)に診療情報提供書を医療連携課宛にFAXにてお送りください。

※PET-CT検査[放射線科]・認知症診断パス[神経内科・精神科]・栄養指導[糖尿病]のご依頼は、専用の診療情報提供書(依頼書)がございます。「諏訪赤十字病院 様式集*」各種様式をご利用下さい。

- * 1. (診療・検査)予約申込依頼書 2. 診療申込書 3. 診療情報提供書 4. 診療情報提供書(保険診療PET-CT検査依頼書) 5. 診療情報提供書(認知症診断パス用) 6. 診療情報提供書(栄養指導依頼書) 7. がん地域連携情報提供書