

受診申込書

大阪中央病院地域医療連絡室 御中

FAX申込み日 平成 年 月 日 時 分

ご紹介施設名		ご紹介医師名	
電話番号		FAX番号	
住所	〒		
紹介目的	◇ 診察 (科 先生) ◇ 検査 ◇ 入院		
当院受診歴	有 (ID -) ・ 無 ・ 不明		
診療受診内容			
受診希望日	①平成 年 月 日 午前・午後 時 分		
	②平成 年 月 日 午前・午後 時 分		
	その他都合等		
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
電話番号	携帯 :	自宅 :	
住所	〒		
保険者番号		区分	本人 ・ 家族
記号・番号		高齢受給者	1割 ・ 3割
老人・公費負担番号		老人医療受給者	1割 ・ 3割

検査申込み欄

画像	ルーチン撮影	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨() <input type="checkbox"/> その他()
	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 造影()
	MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 造影()
透視	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 注腸	
内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸	
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 血管	
心電図	<input type="checkbox"/> ホルター <input type="checkbox"/> マスター負荷 <input type="checkbox"/> トレッドミル	

※ ERCP、MDCT、気管支鏡検査、肝生検、血管造影、心カテなどの検査につきましては、患者様が当院受診の上、予約をとらせていただきます。

※ 検査や術前処置についてあらかじめご説明の必要な検査(大腸内視鏡・注腸透視等)につきましては、患者様が検査日まで一度ご来院いただきますようお願い申し上げます。(ご都合のよい日に受診予約させていただきます。)

●健保連大阪中央病院[地域医療連絡室]

TEL 06-4795-5533 (予約専用)

FAX 06-4795-5535 (24時間対応/但し時間外の返信は翌朝)