

F A X 予 約 申 込 書

★FAX 受付時間：月～金曜日 8:30～17:00
 (時間外・日曜祝日のFAX 受付の返信は、翌外来診療日となります)

| | |
|-----|---|
| 送信先 | 新津医療センター病院 地域連携相談センター TEL 0250-24-5311 FAX 0250-25-1323 |
|-----|---|

| | | | | |
|-----|--------|------------|-----|--|
| 送信元 | 紹介医療機関 | | | |
| | 医師名 | (貴施設担当者：) | | |
| | TEL | | FAX | |

| | | | | | |
|--|---------------|------------|----------|--------------|-----|
| 病名または症状 | | | | | |
| 受診希望日 | 令和 | 年 | 月 | 日 (曜日) | |
| 受診科・希望医師 | 科 | | 医師 | | |
| 記 入 し て 下 さ い 検 査 の み の 場 合 | CT | 部位()単純・造影 | 診断(要・不要) | CD-Rデータ(可・否) | |
| | 内視鏡 | 胃 ・ 大腸 | | | |
| | その他検査 | | | | |
| | 薬剤アレルギー | 有・無・不明 | (薬剤名：) | | |
| | 造影剤アレルギー | 有・無・不明 | | | |
| | 抗凝固剤・血栓溶解剤の使用 | 有・無・不明 | (薬剤名：) | | |
| | 感染症(一年以内) | 有・無・不明 | HBs 抗原 | HCV 抗体 | RPR |

【診療申込書】 ※全てご記入ください。

| | |
|----------------|-------------------|
| 新津医療センター病院 受診歴 | 有 (ID：) ・ 無 ・ 不明 |
| 紹介状持参 | 有 ・ 無 |

| | |
|------------|---------------------------|
| (フリガナ) | |
| 氏 名 | |
| 生年月日・年齢・性別 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日(才) 男・女 |
| 郵便番号 | 〒 - |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |

申込年月日 令和 年 月 日

令和6年4月作成