

FAX予約申込書

(FAX用)

年 月 日

厚木市立病院

科	先生
---	----

紹介元
医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師氏名

【受診希望日】

第1	月	日	曜日
第2	月	日	曜日
第3	月	日	曜日

フリガナ		生年月日		男・女
患者氏名			(才)	
住所	〒	電話番号		
厚木市立病院の受診歴 (有・無)		厚木市立病院の患者番号(ID)		

受診当日に該当がある場合に をお願いします。 入院中 ストレッチャーでの来院

主訴又は病名・病状	
紹介目的[入院・転医・精査()・手術・検査・その他]	

<p>検査依頼</p> <p><input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X線CT (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影)</p> <p>検査部位</p> <p><input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部</p> <p><input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>RI</p> <p>シンチグラム及び機能検査</p> <p><input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 肝・胆道 <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> Ga <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> 腎機能</p> <p><input type="checkbox"/> 血流動機(部位:) <input type="checkbox"/> 副腎皮質 <input type="checkbox"/> 副腎髄質</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>SPECT検査</p> <p><input type="checkbox"/> 心筋 (<input type="checkbox"/> 血流 <input type="checkbox"/> 脂肪酸 <input type="checkbox"/> 交感神経) <input type="checkbox"/> 脳(血流)</p>
---	---

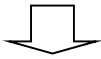
《FAX予約の手順》

《診療科のご案内》

紹介元医療機関からFAXで依頼してください。



厚木市立病院から「予約票」を
紹介元医療機関へFAXにて返信いたします。



紹介元医療機関から患者さんに
「予約票」と「紹介状」を渡してください。

予約受付：月曜～金曜 祝日等を除く
8時30分～16時30分
(受付終了後のFAXは翌日対応)

内 科	・循環器内科 ・消化器・肝臓内科 ・呼吸器内科 ・腎臓内科 ・糖尿病・代謝・内分泌内科 ・神経内科	外 科	・消化器外科 ・呼吸器外科 ・乳腺・内分泌外科 ・血管外科
	・精神科 ・小児科 ・整形外科 ・形成外科 ・脳神経外科		・皮膚科 ・泌尿器科 ・産婦人科 ・眼科 ・耳鼻咽喉科 ・放射線科

医師により予約できない場合もございますので予めご了承ください。

受診当日について

「診療情報提供書(紹介状)」「予約票」「健康保険証」
「診察券」を持参し、医事課3番受付へお越しください。

緊急時の診察依頼について

厚木市立病院へ連絡していただき、救急科にご相談ください。

厚木市立病院 患者支援センター

TEL.046-221-1570(内線3145) FAX.046-294-3335(直通)