紹介連絡・予約申込

（申込年月日:令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分）

患者さんの同意のもと、この紹介連絡・予約申込票を送ります。

依頼先	岐阜・西濃医療センター 西 濃 厚 生 病 院	依頼元	病院・医院・クリニック・診療所 医　師 電話　　FAX
フリガナ 氏　名	男・女	住　所	〒　　－
生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日		
電　話			
携帯電話			

紹介目的　☐診察　希望診療科＿＿＿＿＿＿　希望医師名 有・無＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師

診断名・
または症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐検査　☐ CT　部位（　　）

☐ MRI　部位（　　）

☆体内金属　☐無　☐有（MRI検査が可能か確認　☐済　☐未）

☐ PET-CT　情報提供書、別紙申し込み用紙を添付してください

☐ 胃カメラ（経口・経鼻）
☐ 大腸カメラ
} 鎮静剤使用の希望（ あり ・なし・検討中 ）
抗血栓薬の内服☐無☐有（薬剤名　　）

☆大腸カメラのみ：ペースメーカー☐無☐有

希　望　日 ※午前中	☐ 希望なし ☐ 第1希望　　年　　月　　日　　☐ 第2希望　　年　　月　　日 ☐ その他（　　）

○ 特殊外来のご予約に関しては折り返し確認のお電話をさせていただくことがあります。

○ セカンドオピニオンのご依頼は別紙にて承ります。

岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　　電話　0585－36－3200
患者サポートセンター　　FAX　0585－36－3300