

# 診療情報提供書（診察予約・乳腺外来・検査予約 依頼書）

紹介先：半田市立半田病院

紹介元 年 月 日

受診申込科： 科

医療機関名
住所
医師名
TEL
FAX

希望医師名： 先生御侍史

紹介目的： 検診後の二次検診・精密検査・治療・その他【 】

フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名 (旧姓 )	男・女	年 月 日 ( 歳)
住所	電話番号	

## 予約希望日

- 指定日：第一希望 月 日 ( ) 第二希望 月 日 ( )  
 第三希望 月 日 ( ) 第四希望 月 日 ( )  
 1週間以内の予約  2週間以内の予約  2週間以上先でも可能

- ・半田病院の受診歴はありますか？  なし  あり 登録番号 ( )  
 ・現在入院中ですか？  いいえ  はい → 受診時は？  退院後  入院中

保険種別				公費負担別																			
健 本	健 家	国 本	国 家	退 本	退 家	後 高	生 保	労 災	自 賠	自 費	結 核	更 生	育 成	原 爆	精 神	特 定	小 慢	特 定	子 供	障 害	母 子	精 神	後 福

## \*診察予約・乳腺外来希望の方は、こちらをご記入下さい\*

★症状・経過・薬剤アレルギーなどを簡単にお知らせください。

## 定期的に経過報告の情報提供が不要の場合はチェックをして下さい【口不要】

- ※緊急性がある場合や、予約状況の確認については、患者サポートセンターまでご連絡を下さい。  
 ※転院の依頼は、直接診療科の医師へ連絡を下さい。

## \*検査予約の方は、こちらをご記入下さい\*

<input type="checkbox"/> CT	部位	症状等
<input type="checkbox"/> MRI	部位	
<input type="checkbox"/> 骨密度		
<input type="checkbox"/> 核医学検査 (シンチ検査)		
病名		
ペースメーカー MRI検査の場合記載	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (メーカー等： )	

- ※MRI検査依頼の場合、必ずペースメーカーの有無をご確認お願いします。  
 ペースメーカーが入っている場合、循環器内科へ病診予約をお願いします。  
 ※造影剤を使用する検査依頼はお受けできませんので、主科への診察依頼をお願いします。  
 ※検査部位によっては、主科への診察依頼をお願いする場合があります。  
 ※検査依頼の際には、妊娠の有無 (X線時)、体内金属 (MRI時) 等の確認をお願いします。

2020年7月

病診予約受付時間 (FAX予約)	
平日	8時30分～19時
土曜日	9時～13時

患者サポートセンター	
FAX	0569-24-3254
電話	0569-22-9881 (内線1151)