

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

受診申込科： _____ 科

希望医師名 _____

病診予約の対象科から選択してください。放射線治療目的の場合は原発巣で選択してください。

紹介目的： _____

特に指名がない場合は、未記入か

紹介元 _____

医療機関名 _____

住所 _____

医師名 _____

TEL _____

FAX _____



紹介元医療機関名、医師名は正式名称で忘れずにご記入ください。

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	_____		

既婚の若い女性など旧姓がある場合は、お知らせいただくと幸いです。

氏名や生年月日などの各項目は当院での受診歴を調べる上でとても重要な情報です。正確なご記入をお願いします。

・半田病院の受診歴はありますか？ なし あり
 ・現在入院中ですか？ いいえ はい → 受診科

健康保険種別	国民健康保険	国民健康保険	退本	退家	後高	生保	労災	自賠	自費	結核	更生	育成	障害	母子	精神	後福
--------	--------	--------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

予約希望日は、患者さんが必ず受診できる日をご記入ください。

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

※乳腺外来は毎週金曜日、午後から診察を行っています。

* 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。

おおまかな傷病名・紹介目的をご記入ください。この診察予約依頼書と併せて紹介状をFAXしていただいても構いません。
 放射線治療目的の場合は通院希望か入院希望かを明記してください。また原発巣と照射部位を明記してください。

※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)		

検査目的の傷病名、症状を簡単に結構ですので、必ずご記入ください。

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をお願いします。

ペースメーカーが入っている場合、MRI検査依頼時は必ずご確認いただき、ご記入下さい。

※造影剤を使用している検査依頼はお受けできません。造影剤を使用しない検査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。

2019年4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)