

# IV 診察予約依頼書の

## 記入要領



# IV-1 診察予約依頼書 半田病院へ

## 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

紹介元 半田病院へ FAX  
医療機関名 \_\_\_\_\_

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

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

紹介目的： \_\_\_\_\_  
特に指名がない場合は、未記入か

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	_____		

・半田病院の受診歴はありますか？  なし  ある  
・現在入院中ですか？  いいえ  はい → 受診歴を調べる上でとても重要な情報です。正確

健康保険種別	公費負担別
<input type="checkbox"/> 健康保険本 <input type="checkbox"/> 国民健康保険本 <input type="checkbox"/> 国民健康保険退本 <input type="checkbox"/> 国民健康保険退高 <input type="checkbox"/> 後援保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 更生 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 後福

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)		
病名	_____	
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (メーカー等： _____ )	
MRI検査の場合記載	_____	

※MRI検査依頼の場合、必ず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、造影剤アレルギーの有無を確認をお願いします。  
 ※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。

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)

2019年4月

# IV-2 診察予約依頼書（歯科） 半田病院へ

平成 年 月 日

## 歯科・歯科口腔外科 診療情報提供書(診察予約依頼書)

紹介先：半田市立半田病院

受診申込科

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。

希望医師名

特に指名がない場合は、未記入か

紹介目的： 検診後の二次検診・精密検査・治療・その他【 】

紹介元

医療機関名

住所

医師名

TEL

FAX

半田病院へ 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
患者氏名 (旧姓)	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。男・女	年 月 日 ( 歳)
住所	電話番号	
・半田病院の受診歴はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 登録番		
・現在入院中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 受診時は？		後 <input type="checkbox"/> 入院中

★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。

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。

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 ( )

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

※緊急性がある場合や、予約

保険情報は最新の情報を正確にご記入ください。紹介時に確認できない場合は、当院受診時に確認いたしますが、その場合は受付にお時間を頂いております。

までご連絡を下さい。

※転院の依頼は、直接診療

保険情報

保険者番号	記号	公費負担医療の	
被保険者証	番号	受給者番号	
被保険者手帳	資格取得	公費負担有効期限	平成 年 月 日
被保険者氏名 (世帯主名)	有効期限	前(後)期高齢者	<input type="checkbox"/> 1・2割 <input type="checkbox"/> 3割
保険別		公費負担	
健本	健家	国本	国本
退本	退家	後高	生保
労災	自賠	自費	
10	15	85	89
結核	更生	精神	後福

公費負担により、負担割合が0割になる場合でも、いずれかの項目にチェックをお願いします。

H30.4

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)

# IV-3 診察予約依頼書（胃瘻交換） 半田病院へ

## 診療情報提供書（診察予約依頼書）【胃瘻（PEG）交換】

紹介先：半田市立半田病院

受診申込科：消化器内科

紹介目的：PEG交換

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	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。	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	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。		

家族受診希望日 【家族受診時に、交換の日時を決定いたします】

指定日：第一希望 月 日 ( ) 第二希望 月 日 ( )

第三希望 月 ( ) 第四希望 月 日 ( )

交換予定時期

年 月頃

家族受診後の交換となります。家族受診希望日は、ご家族が必ず来院できる日をご記入ください。

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

★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。

※ 処方箋または服薬情報を必ず添付してください。

処方箋または服薬情報の添付をお願いします。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。

※ 半田病院で胃瘻造設・交換をしていない場合は、メーカー名・種類等を記入してください。

半田病院で胃瘻造設・交換をしていない場合は、メーカー名・種類を必ずご記入をお願いします。

※胃瘻造設・腸瘻交換・経皮経食道胃管（PTEG）交換の場合は、この用紙は使用しないでください。

2021年6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）

## IV-4 患者さんからの電話予約受付用紙（医科）

半日（午後1時～午後5時）で確認の上、お電話ください。

### ○紹介元医療機関の方へのお願い

紹介状を渡された患者さんに、この用紙をお渡しするときには、紹介元医療機関でこの欄の記入をお願いします。

患者さんは、この欄に記載された内容で、病診予約を行ないますので、記入漏れのないようにお願いします。

医科用

日・祝日・年末年始を除く)

(予約専用電話)

合わせはお受けできません。

<紹介元医療機関へご記入ください>

### 予約内容

紹介元医療機関名：  
\_\_\_\_\_

紹介元医師名：\_\_\_\_\_

希望診療科：\_\_\_\_\_科

希望医師：\_\_\_\_\_先生御侍史

(希望医師は可能な限りの対応となります)

<電話予約後に、患者さんご自身で  
ご記入ください>

### 予約日時

患者さん氏名：\_\_\_\_\_

予約日：

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_曜日)

予約時間：

\_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

※ 受診当日、\_\_\_\_\_によって診療時間が遅れる場合があります。\_\_\_\_\_承ください。

<患者さんへのお願い>

◎ 予約当日に\_\_\_\_\_

◎ 受診当日\_\_\_\_\_

◎ 受診当日\_\_\_\_\_

◎ 受診当日\_\_\_\_\_

◎ 受診当日\_\_\_\_\_

◎ 受診当日\_\_\_\_\_

◎ 受診当日\_\_\_\_\_

◎ 受診当日\_\_\_\_\_

◎ 受診当日\_\_\_\_\_

◎ 受診当日\_\_\_\_\_

◎ 予約日\_\_\_\_\_

### ○紹介元医療機関の方へのお願い

この欄は、患者さんご自身が電話予約したときに、患者さんご自身の控えとして、記入するようにご説明ください。

受診当日には、この用紙を予約確認票として患者サポートセンターでご提示していただきます。記入がされないと、受付でお時間をいただくこととなりますので、必ず記入するようにご説明ください。

## IV-5 患者さんからの電話予約受付用紙（歯科）

半

確認の上、お電話ください。

### ○紹介元医療機関の方へのお願い

紹介状を渡された患者さんに、この用紙をお渡しするときには、紹介元医療機関でこの欄の記入をお願いします。

患者さんは、この欄に記載された内容で、病診予約を行ないますので、記入漏れのないようお願いします。

歯科用

日・祝日・年末年始を除く)

(予約専用電話)

はお受けできません。

<紹介元医療機関でご記入ください>

### 予約内容

紹介元医療機関名：  
\_\_\_\_\_

紹介元医師名：\_\_\_\_\_

希望診療科：\_\_\_\_\_ 歯科・□ 腔外科

希望医師：\_\_\_\_\_ 先生御侍史  
(希望医師は可能な限りの対応となります)

<電話予約後に、患者さんご自身でご記入ください>

### 予約日時

患者さん氏名：\_\_\_\_\_

予約日：  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日)

予約時間：  
\_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

※ 受診当日、\_\_\_\_\_ 日によって診療時間が遅れる場合があります。\_\_\_\_\_ 了承ください。

<患者さんへのお願い>

◎ 予約当日

◎ 受診当日

◎ 受診当日

保険証

◎ 受診当日

紹介

◎ 抜歯・

◎ ご都合

予約

予約

◎ 予約日より

### ○紹介元医療機関の方へのお願い

この欄は、患者さんご自身が電話予約したときに、患者さんご自身の控えとして、記入するようにご説明ください。

受診当日には、この用紙を予約確認票として患者サポートセンターでご提示していただきます。記入がされないと、受付でお時間をいただくこととなりますので、必ず記入するようにご説明ください。

## IV-6 紹介患者さんの予約（事前の紹介状なし）

半田市立半田病院→紹介元医療機関

病院・医院・クリニック 御中

### 紹介患者さんの予約について

このたびは、患者さんをご紹介いただき、お礼申し上げます。

次のとおり、電話による予約をお取りしましたのでご報告いたします。

患者 I D		生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名	様		年 月 日
診察予約日	平成 年 月 日 ( 曜日)	時 分	
受付診療科	科		

※ 医師の事前情報としますので、患者さんにお渡しした紹介状（控え）を以下の番号まで FAX くださるようお願いいたします。

できましたら、この用紙の到着の翌日までには送信くださるようお願いいたします。

電話予約により患者さんの予約が決まりましたら、この用紙を送信いたします。  
この用紙が届きましたら、患者さんにお渡しした紹介状（控え）を患者サポートセンターまで FAX くださるようお願いいたします。

（直通）

半田市立半田病院 患者サポートセンター  
TEL: 0569-22-9881 (内線1151)

## IV-7 紹介患者さんの予約（事前の紹介状あり）

半田市立半田病院→紹介元医療機関

病院・医院・クリニック

歯科・歯科医院

御中

### 紹介患者さんの予約について

このたびは、患者さんをご紹介いただき、お礼申し上げます。

次のとおり、電話による予約をお取りしましたのでご報告いたします。

患者 I D		生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名	様		年 月 日
診察予約日	平成 年 月 日 ( 曜日)	時 分	
受付診療科	科		

今後とも、よろしくお願いいたします。

電話予約により患者さんの予約が決まりましたら、この用紙を送信いたします。

なお、事前に、紹介状（控え）をいただいておりますので、紹介状（控え）を再度FAXしていただく必要はありません。

半田市立半田病院 患者サポートセンター  
TEL:0569-22-9881(内線1151)



## IV-8 電話予約連絡票（紹介状の事前FAX添付）

FAX 番号

FAXにより病診予約をされない患者さんには、紹介状とともに「患者さんからの電話予約受付用紙」をお渡しくさるようお願いします。

FAX 送信

その際に、患者さんへ渡された紹介状（控え）とこの用紙をFAXいただきますようお願いいたします。事前に内容を確認させていただき、電話予約の際にトリアージのうえ、予約をさせていただきます。

### 電話予約連絡票

電話予約される患者さんの紹介状（控え）を事前にFAXします。

1. 紹介元医療機関名： \_\_\_\_\_
2. 紹介元医師名： \_\_\_\_\_
3. 患者さん氏名： \_\_\_\_\_
4. 患者さん生年月日： M・T・S・H 年 月 日生

事前に「紹介元医療機関名」、「紹介元医師」、「患者さん氏名」及び「患者さん生年月日」の情報がありますと、電話予約時に、患者さんとの対応がスムーズにできます。

「患者さんからの電話予約受付用紙」を患者さんに渡されましたら、できる限り、この「電話予約連絡票」と紹介状（控え）を患者サポートセンターにFAXくださるようお願いします。

サポートセンター  
電話：0569-22-9881（内線1151）