

診療予約申込書				年	月	日
市立ひらかた病院				貴院名		
<input type="checkbox"/> 診察		<input type="checkbox"/> 放射線治療		住所		
受診希望科		科		TEL		
医師名		医師		FAX		
<input type="checkbox"/> 検査		※○で囲んでください。		<input type="checkbox"/> 画像データ(CD-R)を希望		
<input type="checkbox"/> CT (単純・造影)		頭部・MRA・VSRAD・冠動脈・胸部・腹部・MRCP・EOB・インプラント				
<input type="checkbox"/> MRI (単純・造影)		脊椎(頸・胸・腰)・関節(肩・膝・股・その他)・骨盤・婦人科系骨盤・その他( )				
<input type="checkbox"/> RI検査		脳血流・DATSCAN・交感神経MIBG・骨シンチ・その他( )				
<input type="checkbox"/> 胃内視鏡		<input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡		<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡		<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 内視鏡の結果説明は、市立ひらかた病院でお願いします。						
<input type="checkbox"/> エコー(腹部・甲状腺・心臓・頸動脈)		<input type="checkbox"/> 骨密度検査		<input type="checkbox"/> 脳波		
受診希望日		第1希望	月 日( )		第2希望	月 日( )
希望なし ・ 不都合な日があればご記入ください [ ]						
診療情報提供書						
フリガナ		男・女	生年月日			
患者氏名			大・昭	年	月	日生
		様	平・令			(満 歳)
住所 〒		TEL ( )			-	
					当院の受診歴	
					有・無	
保険者番号		本人・家族		公費負担番号		
記号・番号					受給者番号	
傷病名・紹介目的・既往症						
症状経過 検査結果・治療経過						
現在の処方(有・無)						
<input type="checkbox"/> 抗凝固薬か抗血栓薬がある場合は、チェックして下さい						