

診 療 予 約 申 込 書				年 月 日	
市立ひらかた病院			貴院名		
☐ 診察			住 所		
受診希望科			TEL		
医師名			FAX		
			医師名		
☐ 検査		※○で囲んでください。		☐ 画像データ(CD-R)を希望	
☐ CT (単純・造影)		頭部・MRA・VSRAD・冠動脈・胸部・腹部・MRCP・EOB・インプラント・前立腺			
☐ 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()			
☐ RI検査		脳血流・DATSCAN・交感神経MIBG・骨シンチ・その他()			
☐ エコー(腹部・甲状腺・心臓・頸動脈) ☐ 骨密度検査 ☐ 脳波					
☐ 胃内視鏡 ☐ 経鼻内視鏡 ☐ 大腸内視鏡 ☐ 胃透視 ☐ その他()					
☐ 鎮静下にて内視鏡希望 ☐ 内視鏡の結果説明は、市立ひらかた病院でお願いします。					
受 診 希望日	第1希望	月 日()		第2希望	月 日()
	第3希望	月 日()		希望なし ・ 不都合日 []	
ADL	☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー			待ち状況	☐ 貴院待機中 ☐ 院外
診 療 情 報 提 供 書					
フリガナ		旧姓	男 ・ 女	生年月日	
患者氏名		様		大・昭 年 月 日生 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 ☐ 別紙参照					
症状経過 検査結果・治療経過					
現在の処方(有・無) ☐ 抗凝固薬か抗血栓薬がある場合は、チェックして下さい					