

年 月 日

堺市立総合医療センター予約申込書

予約決定日時（当院記入欄）

月 日 :

所在地

施設名

医師名

TEL () -

FAX () -

フリガナ	(旧姓)	年 齢	性別 男 ・ 女
患者氏名		歳	T S H R
住所			年 月 日生
TEL () -	当院受診歴 あり ・ なし		
□外来患者(待機中・帰宅) □入院患者 □訪問診療患者			ADL()付きそい()
予約希望日時 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日			
□希望日なし(最短日で調整いたします) □都合の悪い日()			

●診療申込欄(検査のみの場合、この欄記入不要) ※可能でしたら診療情報提供書を一緒にご送付願います。

受診科名	※希望医師名
主訴または病名	
紹介目的 □精査・診断 □治療・観察 □手術 □セカンドオピニオン □その他()	

●検査申込欄(診療のみの場合、この欄記入不要) ※胸部CT検査の方は下記の確認もお願い致します

※ 診療情報提供書・問診表・同意書を後程ご送付ください。 結核疑い 有□ 無□ コロナ疑い 有□ 無□

放射線科画像診断	CT	□頭部 □眼窩 □副鼻腔 □頸部 □胸部 □腹部 □上肢 □下肢 □その他()	必ず記入下さい 妊娠(有・無)
	MRI	別紙 堺市立総合医療センターMRI予約申込書をご活用下さい。	□単純 □造影
	シンチ	□骨	造影の場合
	その他	□骨塩分定量(骨密度測定) □乳房撮影(マンモグラフィー)	・クレアチニン値 (mg/dl) または ・eGFR値 (ml/min/1.73/m ³)
消化器内視鏡		□胃カメラ(食道・胃・十二指腸)	
超音波検査		□腹部(肝・胆・膵・脾・腎) □胎児エコー	
呼吸機能検査		□スクリーニング(スパイログラム、フローボリューム) □公害認定(SVC・FVC・FRC・Dlco・CV)	
循環器検査		□心エコー + 心電図 □ホルター心電図 □エルゴメーター	
栄養食事指導		□栄養指導(『心不全再入院予防継続管理料3』に基づく連携施設からの依頼のみ)	

堺市立総合医療センター 患者支援センター

TEL 072-272-9900 FAX 0120-002-099

当院では、堺市地域医療情報ネットワークシステムにて患者さんの同意をいただき、病院(情報公開施設)で受けた情報をご覧頂けます。詳しくは、情報システム課までお問い合わせください。