



地方独立行政法人 岡山市立総合医療センター

## 岡山市立市民病院 紹介患者受診申込書

### ● 紹介医療機関情報

医療機関名

診療科・医師名

電話番号

FAX番号

申し込み担当者

申込日 年 月 日

**紹介用FAX : 086-737-3011**

(24時間受信可能)

◆当日の受診、救急搬送、モバイルERのご依頼の場合は、お電話にて調整をさせて頂きます。

【TEL : 086-737-3010】へ必ずご連絡ください。

◆受診日までに診療情報提供書をFAXしていただきますようお願いいたします。【紹介用FAX : 086-737-3011】

### ● 予約内容 (いずれかにチェックをしてください)

診察 → Aへ  検査 → Bへ

### A 診察 (複数の診療科を希望される場合は別々に申し込んでください)

- |                                |                                     |                                |
|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 循環器内科      | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 |
| <input type="checkbox"/> 血液内科  | <input type="checkbox"/> 膜原病・リウマチ内科 | <input type="checkbox"/> 脳神経内科 |
| <input type="checkbox"/> 内分泌内科 | <input type="checkbox"/> 糖尿病内科      | <input type="checkbox"/> 腎臓内科  |
| <input type="checkbox"/> 総合内科  | <input type="checkbox"/> 一般内科       |                                |

総合内科：診断に難渋している人など、受診日が先になんでも総合内科医師希望。

一般内科：早めの対応もしくはその日の対応を優先したい。対応は内科当番医師。

- |                                  |                                     |                               |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 外科      | <input type="checkbox"/> 整形外科       | <input type="checkbox"/> 形成外科 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科   | <input type="checkbox"/> 産婦人科       | <input type="checkbox"/> 眼科   |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 | <input type="checkbox"/> 小児科        | <input type="checkbox"/> 皮膚科  |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科    | <input type="checkbox"/> ベインクリニック外科 |                               |

### B 検査 (検査のみの予約となります)

- |                                |                                  |                                 |                             |                               |                              |
|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 | ※医師の希望があれば希望医師名欄にご記入ください         |                                 |                             |                               |                              |
| <input type="checkbox"/> 胃     | <input type="checkbox"/> 大腸      | <input type="checkbox"/> 小腸カプセル |                             |                               |                              |
| <input type="checkbox"/> 放射線科  | ※医師の指定はできません                     |                                 |                             |                               |                              |
| 部位：                            | <input type="checkbox"/> 頭部      | <input type="checkbox"/> 頸部     | <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 腹部   | <input type="checkbox"/> 骨盤部 |
|                                | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                 |                             |                               |                              |
| 項目：                            | <input type="checkbox"/> MRI     | <input type="checkbox"/> MRA    | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> 骨塩定量 |                              |
|                                | <input type="checkbox"/> 単純      | <input type="checkbox"/> 造影     |                             |                               |                              |
| ★ペースメーカー                       | <input type="checkbox"/> 有       | <input type="checkbox"/> 無      |                             |                               |                              |
| ★造影の場合は、下記について記入してください         |                                  |                                 |                             |                               |                              |
| 喘息の既往歴                         | <input type="checkbox"/> 有       | <input type="checkbox"/> 無      |                             |                               |                              |
| 3か月以内のクレアチニン値                  |                                  |                                 |                             |                               |                              |
| 月                              | 日                                | mg/dl                           |                             |                               |                              |

### ● 紹介目的

--

### ● 希望日 (最新の外来診療担当表をご確認ください)

- |                                |             |                             |                             |
|--------------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> いつでも可 | ① 年 月 日 ( ) | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM |
|                                | ② 年 月 日 ( ) | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM |

### ● 患者基本情報

ふりがな				性別	旧姓
氏名				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和	年	月	日	当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所	〒 -				
電話番号					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
保険情報	保険者番号	記号・番号			
被保険者番号					
患者さんについて	移動 <input type="checkbox"/> 独歩(杖歩行含む) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	状況	<input type="checkbox"/> 外来にて待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅されている <input type="checkbox"/> 入院中 ( <input type="checkbox"/> 退院後受診 <input type="checkbox"/> 入院中受診)		
診療情報提供書の原本について	□患者さんへ手渡し <input type="checkbox"/> 当院へ郵送	画像データの持参	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

・予約調整は、【平日】8:30~19:00、【祝日を除く土曜日】8:30~12:00で対応いたします。

・上記以外の時間に到着したFAXは、翌診療日に対応いたします。(FAX送信は24時間可能です)

・予約内容によってはお返事に時間がかかるごとに、確認のお電話をさせていただく場合がありますのでご了承ください。