

送信先：佐渡総合病院地域医療連携室
FAX 0259-63-6335(専用) TEL 0259-63-4155(直通)
E-Mail : sgrenkei@sado-hp.jp

病院受付日	.	.
受付NO	—	—

佐渡総合病院（診察、検査）予約申込書

依頼元病院・診療所名：_____ TEL：_____ FAX：_____

依頼医ご氏名：_____ 担当者：_____

1. 診察・検査 希望日（第2希望日まで記入願います） 至急

① 月 日（ ） 午前・午後 時 分

② 月 日（ ） 午前・午後 時 分

2. 患者様の情報（予約には診療録登録情報と診察券が必要ですので②～④は必ずご記入下さい。）

☆佐渡総合病院での受診（有・無）ない場合は患者情報登録のため住所等御記入願います。

①佐渡総合病院 患者番号： - (わかる場合は記入下さい)

フリガナ 住所：

②氏名：_____様 ③生年月日：明大昭平 年 月 日 ④性別 男 女

3. 依頼科名（該当する科に○をつけて下さい。）

内科、神経内科、小児科、外科、脳神経外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、整形外科、皮膚科
泌尿器科、小児外科、歯科・口腔外科、心臓血管外科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科

付記：_____ 担当 _____ 医師へ依頼（特にご指名がある場合）

4. 紹介目的（受診当日は紹介状を患者さんにお預け願います）

5. 検査予約（該当する検査に○印をつけて下さい。）

①CT ②MRI（注.MRI 検査の場合は体内金属の有無をチェックしてください。）

（頭部、頸部、胸部、腹部、骨盤腔、脊髄、四肢、その他：_____）

③上部・下部 消化管内視鏡検査（感染チェック 有・無） 有の場合は一緒にご報告願います

（こちらの検査をご希望の場合は一度、診察をしてから検査日程など決めさせていただきます）

④腹部超音波（エコー）検査 ⑤心臓生理検査（心エコー、トレッドミル、ホルター、その他：_____）

⑥その他の検査（_____）

※ 地域医療連携室の FAX 受付時間は、平日午前 8：30～午後 5：00 まで
（土・日・祝祭日および時間外の急患は当室では対応できません。時間外等に
送られた FAX は、翌開院日（翌診療日）に処理いたしますのでご了承ください。）