# 予約申込書・診療情報提供書(診察・画像検査・読影予約申込書)

禎心会病院　地域医療連携室　行
〒007-0844　札幌市東区北44条東8丁目1-6
電話　011-712-1131(代表)
FAX　011-712-1145(直通)

貴医療機関名:
住　　所 :
医師名 :　　診療科:
電話番号 :
FAX番号 :

申込日　　年　月　日

| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
|---|---|---|---|
| 紹介患者氏名 | | 男・女 | 年　月　日 |
| 住　所 | | | |
| 電話番号 | | 自宅以外の連絡先電話番号 | |
| 予約日時の連絡方法(番号を〇で囲む) | 1. 貴医療機関でFAXの返信待ち　2. 自宅で禎心会病院からの連絡待ち<br>3. 自宅で貴医療機関からの連絡待ち　4. その他(　　) | | |
| 受診希望日(申込当日・土日祝の受診は予約できません。予約状況によってはご希望に添えない場合があります。)<br>(第1希望)　月　日　(第2希望)　月　日　(第3希望日)　月　日 | | | |

✾患者様が貴医療機関でお待ちの場合は、15分以内を目途にFAXで回答いたします。
(予約に時間を要する場合がありますのでご了承下さい。時間を要する場合は、その旨連絡致します。)

患者様の状況

| | |
|---|---|
| 紹介目的 | □ 外来診察 (希望される診療科:　　) |
| | □ 画像検査依頼　□ 画像検査及び読影依頼<br>下記について〇を付けて下さい<br>検査の種類 ( MRI ・ MRA ・ CT ・ 頭部SPECT )<br>画　像 ( 要 ・ 不要 ) 要の場合 ( フィルム ・ CD-ROM ) |

主訴・傷病名

| 症状経過・治療経過等<br>(画像検査のみの場合は、撮影部位・条件を記載) | 現在の処方 |
|---|---|
| | |