

# 診療・検査予約申込書（診療情報提供書）

患者さんの同意の下、お申込みください

□診療紹介 科  医師指定なし  医師指定あり( 医師)

□検査紹介  CT (部位: ) 単・造 ※造影CT・MRI、大腸CT、注腸をご依頼の際は記載必須  
 MRI (部位: ) 単・造 CRE ( ) eGFR ( )  
 超音波 (部位: ) 採血日: 年 月 日  
薬物アレルギー(無・有: )  
 骨塩定量 ※『腰椎+大腿頭部 右側』以外の部位を  
ご希望の場合はその旨をお知らせください  
 心エコー  トレッドミル  ホルター心電図  脳波  
 その他(ご依頼内容: )

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)をご依頼いただく場合は専用の申込書にてお申し込みください。  
PET-CT検査をご依頼いただく場合は専用の依頼書を添付してお申し込みください。  
造影撮影、大腸CT、注腸の検査をご依頼の際は検査日3ヶ月以内の腎機能がeGFR60以上であることが必要です

予約希望日  希望日あり 第1希望日 年 月 日( )  
第2希望日 年 月 日( )

希望日なし  
予約申込書は予約希望日の前日(当院休診日除く)までにお送りください。予約票を返送致します。  
ご依頼当日の診療・検査をご希望の場合は地域連携室へお電話にて事前にご連絡ください。

予約確定日 KTメディネットでご予約済の場合 年 月 日( ) 時 分

フリガナ		性別	生	大正・昭和・平成・令和		
患者氏名	様	男・女	年月日	年	月	日(才)
住所	〒	連絡先1		-	-	
		連絡先2		-	-	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり(診察券No. ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			旧姓		
来院当日の状況	通院中・入院中		保険情報はご来院当日に確認いたします。保険証を必ずご持参ください。			

《診断名・紹介目的》  別紙添付

《経過・検査結果・症状・処方・その他》  別紙添付

《既往歴》  別紙添付

留意事項 ●体内金属(無・MRI対応金属有・MRI非対応金属有) ●ペースメーカー(無・有)  
●埋込型除細動器(無・有) ●糖尿病治療薬(無・有)  
●甲状腺疾患(無・有) ●喘息(無・有)

医療機関名 年 月 日  
(TEL) 医師名 印  
(FAX)

刈谷豊田総合病院 地域連携室 TEL:(0566)25-8304 FAX:(0566)27-6956

地域連携室使用欄 診察券番号: 予約日時:  予約  医事  履歴

KD地連-Q10083(00)