



外来予約・検査予約申込書

申込日 年 月 日

水戸済生会総合病院

科 医師名

医師を指定されない場合は、診療科のみご記入ください

医療機関名

医師名

TEL

FAX

水戸済生会総合病院 受診歴 : 無・有 (ID)

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 (才)
患者氏名			TEL	必ずご記入ください

ADL	自立・要介助・全介助	認知症	無・有 ()	不明
難聴	無・有 ()	視力低下	無・有 ()	不明
酸素使用	無・有 ()	精神疾患	無・有 ()	不明
特異体質(過敏症)等	無・有 ()			
来院方法	救急車・救急車以外	病院到着時 ストレッチャー	要・不要	
希望日	無・有 ()	都合の悪い日		
傷病名(症状)				

今回の依頼	<input type="checkbox"/> 診療依頼 <input type="checkbox"/> 検査依頼 (内視鏡・ホルター・トレッドミル・その他)
	<input type="checkbox"/> 画像診断 (MRI・RI・CT・超音波) 単純・造影 ※読影 (有・無) CD-R希望 (有・無)
	【依頼内容】
	【お判りになる場合は下記ご記入ください】
	造影剤使用の場合 BUN _____ mg/dl Cr _____ mg/dl (検査日 月 日)
	内視鏡術前検査 TPHA () HBsAg () HCV Ab ()
	鎮痙剤注射 ブスコパン 可・不可 不可の理由 () 不明
特記事項	内服薬 (抗凝固薬・抗血小板薬など) は必ずご記入ください。アレルギー歴 (疾患名・キシロカイン・ヨード その他)

御 返 事

(1) ID・患者名 ID : _____ 様

(2) 受診日 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分

(3) 診療科・医師名 科 _____

診察の都合により多少前後することがありますのでご了承下さい。

(4) 手続方法 紹介状および保険証、当院の診察券をお持ちの方は診察券をお持ちの上、20分前までに、総合受付3番または4番へお越し下さい。受付後、_____科外来までご案内いたします。

※受診日に「御返事」の部分を外来受付にご提出ください。

返事日 月 日 午前・午後 時 分 取扱者 _____

水戸済生会総合病院 TEL 029-254-5151 (代表)