

# りんくう総合医療センター 予約申込書

送信先：りんくう総合医療センター  
地域医療連携室

TEL 072-469-7835

FAX 072-469-7931

紹介医療機関・医師名・電話・FAX

当院記入欄

患者様情報	りんくう総合医療センター 受診歴 有・無		診察券番号 (ID番号) ( )		CD-R 画像による情報提供 有・無		
	フリガナ		性別	旧姓で受診歴有の場合の氏名 ( )			
	患者氏名		男・女				
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)					
	住 所		TEL				
	保険者番号		公費負担番号				
	記号・番号		公費受給者番号				
区 分	本人・家族	負担割合 割	受診状況	(貴院に) 入院中・通院中			
受診の内容	主訴 又は 病名						
	口腔外科	(口腔外科受診希望時必ずご記入下さい)					
		当日小手術希望 有・無					
	受診希望科名 (〇で囲んでください)	①総合内科・感染症内科 ②糖尿病・内分泌代謝内科 ③血液内科 ④腎臓内科 ⑤肺腫瘍内科 ⑥消化器内科 ⑦循環器内科 ⑧神経内科	⑨呼吸器内科 ⑩外科 ⑪小児外科 ⑫整形外科 ⑬心臓血管外科 ⑭呼吸器外科 ⑮脳神経外科 ⑯形成外科	⑰泌尿器科 <del>⑱眼科</del> ⑲耳鼻咽喉科 ⑳産婦人科 ㉑口腔外科 ㉒小児科 ㉓放射線科 ㉔放射線治療科	㉕麻酔科 ㉖リハビリテーション科 ㉗皮膚科 ㉘栄養指導(内科受診含) ㉙血管内治療外来		
	希望検査項目 (放射線検査以外)	①腹部超音波 (写真：不要) ⑤頸動脈超音波 ②腹部超音波 (写真：有所見部位のみ要) ⑥ABI検査 ③腹部超音波 (写真：すべて要) ⑦ホルター心電図 ④心臓超音波 ⑧下肢静脈超音波 ※CT・MRI等の放射線検査、上部内視鏡検査(胃カメラ)については、別様式にてご依頼ください。					
受診希望医師名	先生						
受診希望日 (〇で囲んでください)	・ 2週間以内                      ・ 3週間以内                      ・ 4週間以内 [ ]						
来院方法 (必ずご記入下さい)	(いずれか〇で囲んで下さい) 独歩可能・車イス・搬送車・救急車                      その他 (点滴・酸素・吸引)						

**注** 紹介状は、別途必要ですので初診時に患者様をご持参下さい