

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 (○で囲んでください)	①総合内科・感染症内科	⑨呼吸器内科	⑰泌尿器科	⑳麻酔科	
	(—— は休診中)	②糖尿病・内分泌代謝内科	⑩外科	⑱眼科	㉑リハビリテーション科	
		③血液内科	⑪小児外科	⑲耳鼻咽喉科・頭頸部外科	㉒皮膚科	
	④腎臓内科	⑫整形外科	⑳産婦人科	㉓栄養指導(内科受診含)		
	⑤肺腫瘍内科	⑬心臓血管外科	㉑口腔外科	㉔血管内治療外来		
	⑥消化器内科	⑭呼吸器外科	㉒小児科			
	⑦循環器内科	⑮脳神経外科	㉓放射線科			
	⑧脳神経内科	⑯形成外科	㉔放射線治療科			
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 (○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○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のご持参下さい