

ファックス送信票(検査予約票)

紹介機関様へ

いつもお世話になっております。

本日、診察(検査等)の予約依頼がありました患者様の予約票を送信致します。
ご確認の上、この用紙を患者様にお渡し下さい。

※なお検査は混み合っていますので、待ち時間がありますことをあらかじめご了承下さい。

患者様へ

診察(検査等)当日の持ち物について

- ・診察券(当院受診歴のある方のみ)
- ・予約票(この用紙)
- ・紹介状
- ・造影剤同意書(造影依頼、又は放科一任のみ)
- ・保険証(コピー不可)
- ・後期高齢者受給者証
- ・その他の公費医療証等

検査当日の食事制限について

原則:検査前1食は絶食となります。

- ◆午前に検査がある方は、朝食絶食
- ◆午後に検査がある方は、昼食絶食
(なお、水分制限はありません)

※来院時は検査予約時間の15分前(手続きに10分程度要します)に、
2階中央受付・初診窓口にお越し下さい。

予約票(病診連携)	
平成 年 月 日 受付	
氏名	様 IDナンバー — —
検査日時	平成 年 月 日 () 時 分 ★紹介状(診療情報提供書)は、必ずご自身で当日お持ち下さい。
予約内容	放射線科 C T (単純・造影・放科一任) 部位 _____ ご紹介医療機関名 _____ 先生 TEL () _____

〒598-8577
泉佐野市りんくう往来北2-23
りんくう総合医療センター
地域医療連携室
受付時間 9:00~18:00(月~金)
9:00~12:00(土)

TEL(代表) 072-469-3111
(内線:2436・2437)
(直通) 072-469-7835
専用FAX 072-469-7931
受付者 _____

ファックス送信票(検査予約票)

紹介機関様へ

いつもお世話になっております。

本日、診察(検査等)の予約依頼がありました患者様の予約票を送信致します。
ご確認の上、この用紙を患者様にお渡し下さい。

※なお検査は混み合っていますので、待ち時間がありますことをあらかじめご了承下さい。

患者様へ

診察(検査等)当日の持ち物について

- ・診察券(当院受診歴のある方のみ)
- ・予約票(この用紙)
- ・紹介状
- ・造影剤同意書(造影依頼、又は放科一任のみ)
- ・保険証(コピー不可)
- ・後期高齢者受給者証
- ・その他の公費医療証等

検査当日の食事制限について

◆原則: 食事制限はありません

(ただし、他に検査がある場合は、そちらの検査内容に準じておこなって下さい。)

※来院時は検査予約時間の15分前(手続きに10分程度要します)に、
2階中央受付・初診窓口にお越し下さい。

予約票(病診連携)			
		平成	年 月 日 受付
氏名		IDナンバー	— —
	様		
検査日時	平成 年 月 日 ()	(投薬)	時 分
		(検査)	時 分
★紹介状(診療情報提供書)は、必ずご自身で当日お持ち下さい。			
予約内容	放射線科 <u>骨シンチ</u>	ご紹介医療機関名	
		先生	
		TEL	()

〒598-8577
泉佐野市りんくう往来北2-23
りんくう総合医療センター
地域医療連携室
受付時間 9:00~18:00(月~金)
9:00~12:00(土)

TEL(代表) 072-469-3111
(内線: 2436・2437)
(直通) 072-469-7835
専用FAX 072-469-7931
受付者 _____

ファックス送信票(検査予約票)

紹介機関様へ

いつもお世話になっております。

本日、診察(検査等)の予約依頼がありました患者様の予約票を送信致します。
ご確認の上、この用紙を患者様にお渡し下さい。

※なお検査は混み合っていますので、待ち時間がありますことをあらかじめご了承下さい。

患者様へ

診察(検査等)当日の持ち物について

- ・診察券(当院受診歴のある方のみ)
- ・予約票(この用紙)
- ・紹介状
- ・造影剤同意書(造影依頼、又は放科一任のみ)
- ・保険証(コピー不可)
- ・後期高齢者受給者証
- ・その他の公費医療証等

検査当日の食事制限について

◆原則: 食事制限はありません

(ただし、他に検査がある場合は、そちらの検査内容に準じておこなって下さい。)

※来院時は予約時間の15分前(手続きに10分程度要します)に、
2階中央受付・初診窓口にお越し下さい。

予約票(病診連携)	
平成 年 月 日 受付	
氏名	_____ 様 IDナンバー _____
検査日時	平成 年 _____ 月 _____ 日 () 時 _____ 分 ★紹介状(診療情報提供書)は、必ずご自身で当日お持ち下さい。
予約内容	_____ 科 ご紹介医療機関名 _____ _____ 先生 TEL () _____

〒598-8577
泉佐野市りんくう往来北2-23
りんくう総合医療センター
地域医療連携室
受付時間 9:00~18:00(月~金)
9:00~12:00(土)

TEL(代表) 072-469-3111
(内線: 2436・2437)
(直通) 072-469-7835
専用FAX 072-469-7931
受付者 _____

ファックス送信票(検査予約票)

紹介機関様へ

いつもお世話になっております。

本日、診察(検査等)の予約依頼がありました患者様の予約票を送信致します。
ご確認の上、この用紙を患者様にお渡し下さい。

※なお検査は混み合っていますので、待ち時間がありますことをあらかじめご了承下さい。

患者様へ

診察(検査等)当日の持ち物について

- ・診察券(当院受診歴のある方のみ)
- ・予約票(この用紙)
- ・紹介状
- ・造影剤同意書(造影依頼、又は放科一任のみ)
- ・保険証(コピー不可)
- ・後期高齢者受給者証
- ・その他の公費医療証等

検査に対する食事制限について

- ◆検査前日の夕食は夜9時ごろまでに摂って下さい。
- ◆検査当日は朝食を食わずにお越し下さい。
- ◆検査当日の水分は少なめでお願いします。
- ◆タバコも控えて下さい。

※来院時は検査予約時間の15分前(手続きに10分程度要します)に、
2階中央受付・初診窓口にお越し下さい。

予約票(病診連携)	
	平成 年 月 日 受付
氏名	様 IDナンバー — —
検査日時	平成 年 月 日 () 時 分 ★紹介状(診療情報提供書)は、必ずご自身で当日お持ち下さい。
予約内容	ご紹介医療機関名 (消化器科) <u>胃カメラ</u> 先生 TEL ()

〒598-8577
泉佐野市りんくう往来北2-23
りんくう総合医療センター
地域医療連携室
受付時間 9:00~18:00(月~金)
9:00~12:00(土)

TEL(代表) 072-469-3111
(内線:2436・2437)
(直通) 072-469-7835
専用FAX 072-469-7931
受付者 _____

ファックス送信票(検査予約票)

紹介機関様へ

いつもお世話になっております。

本日、診察(検査等)の予約依頼がありました患者様の予約票を送信致します。
ご確認の上、この用紙を患者様にお渡し下さい。

※なお検査は混み合っていますので、待ち時間がありますことをあらかじめご了承下さい。

患者様へ

診察(検査等)当日の持ち物について

- ・診察券(当院受診歴のある方のみ)
- ・予約票(この用紙)
- ・紹介状
- ・造影剤同意書(造影依頼、又は放科一任のみ)
- ・保険証(コピー不可)
- ・後期高齢者受給者証
- ・その他の公費医療証等

検査当日の食事制限について

- ◆午前に検査がある方は、朝食絶食
- ◆午後に検査がある方は、昼食絶食
(なお、原則、水分制限はありません)

ただし、MRCP検査の場合は、上記の食事制限のほかに水分制限もあります。検査の4時間前から飲水も控えて下さい。

※来院時は検査予約時間の15分前(手続きに10分程度要します)に、
2階中央受付・初診窓口にお越し下さい。

予約票(病診連携)	
	平成 年 月 日 受付
氏名	様 IDナンバー — —
検査日時	平成 年 月 日 () 時 分 ★紹介状(診療情報提供書)は、必ずご自身で当日お持ち下さい。
予約内容	放射線科 MRI 部位 _____ ご紹介医療機関名 _____ _____ 先生 TEL ()

〒598-8577
泉佐野市りんくう往来北2-23
りんくう総合医療センター
地域医療連携室
受付時間 9:00~18:00(月~金)
9:00~12:00(土)

TEL(代表) 072-469-3111
(内線:2436・2437)
(直通) 072-469-7835
専用FAX 072-469-7931
受付者 _____