

りんくう総合医療センター 予約申込書

紹介医療機関名・医師名・電話・FAX

申込日 年 月 日

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

患者様情報	りんくう総合医療センター受診歴		診察券番号 (ID番号)	CD-R画像による情報提供		
	有・無 ()		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	
主訴 又は 病名						
受診希望科名 (○で囲んで下さい)	① 総合内科・感染症内科 ⑨ 外科 ⑯ 眼科 ⑰ リハビリテーション科 ② 糖尿病・内分泌代謝内科 ⑩ 小児外科 ⑯ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 ⑮ 皮膚科 ③ 血液内科 ⑪ 整形外科 ⑯ 産婦人科 ⑯ 血管内治療外来 ④ 腎臓内科 ⑫ 心臓血管外科 ⑯ 口腔外科 ⑤ 消化器内科 ⑬ 呼吸器外科 ⑯ 小児科 ⑥ 循環器内科 ⑭ 脳神経外科 ⑯ 放射線科 ⑦ 脳神経内科 ⑮ 形成外科 ⑯ 放射線治療科 ⑧ 呼吸器内科 ⑯ 泌尿器科 ⑯ 麻酔科					
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) ⑥ A B I 検査 ③ 腹部超音波 (写真:すべて要) ⑦ ホルタ一心電図 ④ 心臓超音波 ⑧ 下肢静脈超音波 ※ C T・M R I 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 ご依頼下さい。					
受診希望医師名	先生					
受診希望日 (○で囲んで下さい)	• 2週間以内 • 3週間以内 • 4週間以内 []					
来院方法 (必ずご記入ください)	(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がご持参ください 2025/7改訂