

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		
					携帯番号		
	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						
	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 ⑰ 眼科 ⑳ 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 ⑱ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 ㉔ 皮膚科 ③ 血液内科 ⑪ 整形外科 ⑲ 産婦人科 ㉕ 血管内治療外来 ④ 腎臓内科 ⑫ 心臓血管外科 ㉖ 口腔外科 ⑤ 消化器内科 ⑬ 呼吸器外科 ㉗ 小児科 ⑥ 循環器内科 ⑭ 脳神経外科 ㉘ 放射線科 ⑦ 脳神経内科 ⑮ 形成外科 ㉙ 放射線治療科 ⑧ 呼吸器内科 ⑯ 泌尿器科 ㉚ 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 ホルター心電図 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にご持参ください

2025/7改訂