**診察・検査（　生理検査・内視鏡検査　）予約申込書**

**日本赤十字社　長崎原爆諫早病院**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　**紹介元医療機関**

 先生　　　　　　　　住所

　　　　　　　 　名称

〒　859-0497　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師氏名

諫早市多良見町化屋986-2

代表番号　0957-43-2111　　　　　　　　　　　　　電話番号

**医療連携室直通　0957-27-2311**　　　　　　　　　　　　　FAX番号

FAX　　　　　　0957-43-2870

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 旧姓 | 男・女 | 生年月日 |
| 患者氏名 |  | 明　・　大　・　昭　・　平　・　令年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 携帯電話　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　　 | 自宅　　　　　（　　　　） |
| 受診希望日 | 1. ／　　（　　）　②　　　／　　（　　）
 | 諫早日赤病院の受診歴 | 　有　・　無 |

＊二重登録望防止の為、改姓された方は旧姓をご記入ください。

＊必要事項をご記入の上、FAXでお申し込みください。また、診療情報提供書は申し込み当日中に医療連携室へ

FAX送信していただき、押印された原本は、当日患者さまにご持参いただくようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科（診　察） | 呼吸器　・　消化器　　・　循環器　・　肝臓専門外来 |
| **ご紹介目的**＊簡単で結構です | * 別紙参照（診療情報提供書）
 |

＊該当項目に○印をお付けください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生理検査 | 腹部エコー　 |  |
| 心エコー　　　 |  |
| 頸動脈エコー　 |  |
| トレッドミル |  |
| 内視鏡検査 | 上部消化管内視鏡 |  |
| 下部消化管内視鏡　＊下部消化管内視鏡においては、診察を受けていただき、説明後、検査日程を決定させていただきます。 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日：2024年7月1日改訂