池田回生病院　予約申込書

申込日：　　年　　月　　日

【紹介先】
池田回生病院　地域医療連携室
〒563-0053　大阪府池田市建石町8-47
TEL：072-751-8001（代）
FAX：072-751-4191（代）

予約受付時間：　月～金　8：30～16：00
　　土　8：30～12：30

【御紹介元】
医療機関名
住所
TEL
FAX
医師名

フリガナ		性別	☐ 男　☐ 女
患者氏名		生年月日	☐ 大　☐ 昭　☐ 平　☐ 令 年　月　日（　才）
住所	〒 TEL：		

傷病名	
（基礎疾患）	☐ 糖尿病　☐ 心疾患　☐ 緑内障　☐ 喘息　☐ 高血圧　☐ 前立腺肥大　☐ その他（　）
紹介目的	☐ 診療情報提供書の添付有

希望日	☐ いつでも可　その他希望（　） ①　月　日　②　月　日　③　月　日　④　月　日

☐ 診察申し込み

診療科名	☐ 内科	☐ 循環器内科	☐ 糖尿病内科	☐ 睡眠外来	☐ 神経内科
	☐ 外科	☐ 整形外科	☐ 皮膚科	☐ 眼科	☐ 耳鼻科

☐ 検査申し込み

放射線	☐ 単純CT	☐ 頭部　（☐ 眼窩　☐ 副鼻腔　）　☐ 頚部　☐ 胸部 ☐ 腹部　☐ 脊椎　（☐ 頸椎　☐ 胸椎　）☐ その他（　）	
	☐ 造影CT	☐ 頭部　（☐ 眼窩　☐ 副鼻腔　）　☐ 頚部　☐ 胸部 ☐ 腹部　☐ 脊椎　（☐ 頸椎　☐ 胸椎　）☐ その他（　） ※造影CTの場合は3ヶ月以内の数値をご記入ください eGFR値：　ml/min/1.73㎡　採血日：　年　月　日	
	緊急読影	☐ 希望する（別途費用550円が発生します）	
内視鏡	☐ 上部消化管（経口）	鎮静 ☐ 要　☐ 不要	抗血栓薬服用 ☐ 無　☐ 有（　）
	☐ 上部消化管（経鼻）		
	☐ 下部消化管	鎮静 ☐ 要　☐ 不要	
	※自宅で下剤を飲む場合、事前の診察予約も必要です		
超音波	☐ 腹部　☐ 心臓　☐ 頸動脈　☐ その他（　）		

※造影ＣＴ検査、上部内視鏡検査、下部内視鏡検査は事前に同意書と問診票のファックスをお願いいたします。
当院より予約票ファックス時に送信させていただきます（ホームページからもダウンロード可能です）
※原本は当日ご持参ください。