**（　診察・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 | 〒 | TEL　　　　（　　　　） |
| 受診希望日 | ①　　／　　（　　）　②　　　／　　（　　）　　 | 諫早原爆病院の受診歴 | 　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科（診　察） | 呼吸器　・　消化器　・　代謝内分泌　・　循環器　・　肝臓専門外来 |
| **ご紹介目的**＊簡単で結構です |  |

＊該当項目に○印をお付け下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 検査　　項　　目（放射線科） | 検査　　項　　目（　生理検査・内視鏡　） |
| C　　T（単純） | 頭部　　頚部　　胸部　　腹部骨盤　　その他（　　　　　　） | 生理検査 | 腹部エコー　 |
| 心エコー　　　　頸動脈エコー　 |
| マンモグラフィー | 乳腺エコー併用の要否　要・　否 | トレッドミル |
| 骨密度測定 |  | 内視鏡 | 上部消化管内視鏡＊下部消化管内視鏡　＊気管支鏡 |
| ＊造影CTにおいては、各診療科の診察を受けて頂き説明後、検査日程を決定させて頂きます。 | ＊下部消化管内視鏡・気管支鏡検査においては、診察を受けて頂き説明後、検査日程を決定させて頂きます。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日：2020年7月1日改訂