



# 東海大学医学部付属病院 予約申込書

FAX:0463-93-1125 (医療連携室直通)

申込日 年 月 日

※紹介状(診療情報提供書)も一緒に送付ください(紹介状原本は患者さんへお渡しください)

紹介元情報	紹介元医療機関名	【印鑑等でも構いません】		
	担当科・部署名	担当者名		
	電話番号	-	-	FAX番号

患者情報	性別			
	フリガナ 氏名	男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
	通訳手配(要・不要)		※通訳料は患者負担	
			診察カード 無・有( )	
※以下の欄は紹介状に表示があれば、記載不要です。『□紹介状参照』にレ点を付けてください。				
□ 下 紹介状参照	住所			
	電話番号 :	携帯:		
現在ご入院中ですか?	はい / いいえ	移動手段:	独歩 / 車椅子 / ストレッチャー	
(退院予定日 / )		医療機器:	無・有(酸素・その他「 」)	
		付添い:	家族・職員・その他( )	

受診希望日	第1希望	月	日( )
	第2希望	月	日( )

調整方法	(以下項目へチェックを入れてください)	
	<input type="checkbox"/>	紹介元医療機関と当院で日程調整
	<input type="checkbox"/>	患者さんと当院で日程調整(※) 医療機関への連絡 要: <input type="checkbox"/> 否: <input type="checkbox"/>
		※検査予約ではご利用いただけません

予約項目 検査の場合は項目に○付け・部位記載	
紹介外来	検査予約(診療科名は【】内参照) ★マークのある検査は、同意書が必要です (予約時に当院からFAXします)
	妊娠(無・有)、感染症情報(無・有「 」) 体内金属(無・有「 」)、刺青(無・有)
	【画像診断科】 画像検査(単純) CT・MRI 撮影部位 { }
	★画像検査(造影) CT・MRI 撮影部位 { } クレアチン数値または eGFR値(6ヶ月以内が対象) { 採血日 / }
核医学検査 { }	
【リハビリテーション科】 ★筋電図検査 { }	
科	
医師指定	
なし	
あり _____ 医師	
※ 診療科名は別紙『東海大学医学部付属病院 診療科別予約申込方法』をご参照ください	

問合せ先

東海大学医学部付属病院 患者支援センター 医療連携室

TEL: 0463-93-8495(直通)

FAX: 0463-93-1125

平日

第1・3・5土曜日

8:00~18:00

8:00~15:00