FAX 連絡用紙Ⅱ（検査予約）

令和　　年　　月　　日

送　信　先	日本歯科大学医科病院　地域医療連携室 FAX：**025-267-1670（直通）**　　TEL：025-211-8257（直通）

送　信　元	病院・医院　　科
	医師名　　先生
	FAX　　TEL

臨床診断 または主症状	＊診療情報提供書がある場合は、ご記入いただかなくても構いません。	
希望検査事項	検査名・部位 ＊MRI 検査の場合、別紙のチェックリストもお送り下さい。	
	担当診療科	内科　・　外科　・　耳鼻咽喉科
	造影剤の使用	必要　・　不要　　＊必要の場合、下記①②についてもご記入下さい。 また、造影剤使用の同意書もお送り下さい。
	①腎機能について	血清クレアチニン値：　　mg/dl または e-GFR 値： （採血年月日　　）
	②ビグアナイド系 糖尿病薬の服用	なし　・　あり【造影検査 2 日前から 5 日間休薬】 ＊お手数ですが、他院での処方についてもご確認下さい。
	診　断	必要　・　不要
	画　像	必要　・　不要
予約希望日	第 1 希望　　月　　日（　　曜日）午前・午後	
	第 2 希望　　月　　日（　　曜日）午前・午後	

患者基本情報	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	様	男　・　女
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）	
	住　所	〒	
	TEL		
当院受診歴	有　・　無		
	受診歴の有る方で診察券番号がお分かりでしたらご記入下さい。	□□□□□□□□－□	

※FAX 予約受付時間　月～金曜日(病院休診日除く)　9：00～16：30 まで

※上記の時間外に FAX を送信された場合は、翌診療日での対応となります。予めご了承下さい。

※内視鏡検査は一度受診をしていただいてから、検査予約をお取りしております。まずは受診の予約をお取りします。