



紹介予約申込書

当院はカルナコネットを導入しています。インターネットで24時間365日すぐにご予約票を患者様にお渡しいただけます。ぜひご利用ください

御紹介元

岡山協立病院地域医療連携センター直通

施設名	
TEL	
FAX	
担当者名	

FAX先：0120-271-287 (086-271-1986)

岡山医療生活協同組合
総合病院 **岡山協立病院**

地域連携室
受付：平日 8:30~18:30
TEL: 086-271-0917

診療科	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 腎臓科	<input type="checkbox"/> 脳神経科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/> 疼痛治療科	<input type="checkbox"/> 心療科
希望医師	<input type="checkbox"/> 有 医師												<input type="checkbox"/> 無				
主訴																	

検査	内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査		<input type="checkbox"/> 経鼻			
				<input type="checkbox"/> 経口		鎮静 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				鎮痙剤使用		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
				ワーファリン服薬		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査 (事前診察のみのご予約となります。診察後、後日検査を実施致します)				
			<input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 (VE)				
	放射線科	<input type="checkbox"/> 骨密度	部位				
		<input type="checkbox"/> MRI	部位			ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> CT	造影	<input type="checkbox"/> 有	Cre値	mg/dl	検査日: <input type="checkbox"/> 無
				ビグアイド系糖尿病薬		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 休薬可
		検査画像	<input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> CD持帰り※		
		<input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 (VF)					

※CD持帰り希望の場合、作成のため待ち時間が発生することを患者様にご説明下さい。

その他	<input type="checkbox"/> 胃瘻交換	<input type="checkbox"/> 腸瘻交換	鎮痙剤使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	ワーファリン服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-----	-------------------------------	-------------------------------	---	--

希望日 (複数)		都合が悪い日	
----------	--	--------	--

※ 診療情報提供書(紹介状)は予約前日までに必ずFAXをお願いします

患者情報	フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	患者氏名					
	生年月日	年号	年	月	日	
	電話番号					
現住所						

予約調整にお時間を要する場合は受信から15分以内にお知らせさせていただきます。