

診察申込書 (診療情報提供書)

(FAX 送信用)

(紹介先医療機関名)

年 月 日

黒沢病院附属ヘルスパーククリニック

画像センター 放射線 科

紹介元医療機関

所在地及び名称

(電話にて予約した日時)

電話番号

予約日時 月 日 午前・午後 :

医師氏名 \_\_\_\_\_ 先生

フリガナ 患者様氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 才	男・女
住所 電話番号	〒 - TEL ( )			
保険者番号		本人	公費負担者番号	
記号・番号		家族	受給者番号	
診察を希望する 科及び検査内容	<input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 内視鏡内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他の検査			
内容	・診察 <input type="checkbox"/> 要 ( 医師 ) <input type="checkbox"/> 不要      ・読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ・フィルム <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要                      ・CD-R <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
検査目的 (具体的に) 造影検査の場合、アレルギー 一情報等	<u>貴院ご使用の用紙で構いません。</u> <u>紹介状を添付し、FAX 送信をお願いいたします。</u>			

お電話にての予約の後、患者様の基本情報（保険情報等）をこの様式にてFAX送信いただければ、カルテを事前に準備して患者さまの来院をお待ちし、予約時間枠内でできる限り優先診療させていただきます。詳しいお問い合わせは下記までお願いいたします。

なお、診療情報提供書は検査当日の受付時にご提示いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

お問い合わせ・ご予約は（日曜・休日を除く）9：00～18：00

医療法人 社団美心会 黒沢病院附属ヘルスパーククリニック

〒370-1203 高崎市矢中町 188 TEL：027-352-1111/FAX：027-353-1188

担当：地域医療連携センター TEL：027-352-9000（直通）

## 事務 担当者 様

〒370-1203  
高崎市矢中町 188  
TEL : 027-352-1111 / FAX : 027-353-1188  
医療法人 社団美心会  
黒沢病院  
黒沢病院附属ヘルスパーククリニック  
理事長 黒澤 功

### 地域医療連携センターからのお願い

この度は、診察及び検査（CT・MRI等）ご予約いただきありがとうございます。お電話にてご予約された後に、患者様の基本情報（氏名・生年月日・〒・住所・TEL・保険証番号等）のFAX送信をお願いいたします。

予約日時の確認の他、上記情報で予めカルテ作成及び検索（過去分含め）が行えるため、患者様の待ち時間の短縮等、より良いサービスが提供できます。

また、診察・読影レポートの郵送・フィルムコピー・CD-R の必要性についてもご記入をお願いいたします。

FAX送信用の用紙（診察申込書）を添付いたします。お手数をおかけしますが、ご協力よろしくお願い申し上げます。

#### 地域医療連携センター

TEL : 027-352-9000（外来連携直通）

センター長	大森 重宏
外来連携	加庭 博文
係長	渡辺 加代子
事務	木村 敦
看護師	小林 有希
	金坂 美朋
	池田 愛
社会福祉士	目黒 翔子
	伊藤 隆晃