事前診療申込書（FAX用）

地域連携室　FAX 052-723-3648（直通）　受付時間　平日　8時30分～17時00分
第1・3・5 土曜　8時30分～12時15分

※FAXは24時間稼働しております。
ただし、受付時間外の予約依頼については翌日（または休日明け）のAM8:30～AM9:30に当院より患者さんへ連絡し予約調整いたしますので、患者さんへ当院より連絡がある旨のご説明をお願いいたします。

（診察をご依頼の場合、本状と同時に、診療情報提供書もFAXお願いいたします。）
FAXでご依頼後、調整して予約票等を送付いたしますので患者さんへお渡しください。
受付時間外は受付時間外用予約票等をホームページより印刷し患者さんへお渡しください。

【患者様情報】

ふりがな		男・女
患者様氏名		
生年月日	明・大 昭・平　年　月　日（　歳）	
住所		
電話番号※ 自宅	（　　）　－	
携帯	（　　）　－	

※患者さんと連絡が着く電話番号の記載を必ずお願いいたします。

【紹介元医療機関情報】

紹介元医療機関様　住所・名称・依頼医師名
住所
医療機関名称
依頼医師名　先生
電話
FAX

【外来予約】

※受診科に〇をつけてください。

受診科　□消化器内科　□循環器内科　□呼吸器内科　□消化器外科　□血管外科　□整形外科
□肝臓内科　□糖尿病内科

希望医師　□無　□有【　　】
受診歴　□無　□有【ID No.　　】

※上記以外の診療科はご予約を受付けておりません

【内視鏡予約】

内視鏡検査　□胃カメラ（経口・経鼻）　□大腸カメラ
希望医師　□無　□有【　　】

《胃カメラ予約時のお願い》
・抗凝固療法を行なっている場合は、可能でしたら休薬をお願いいたします。
《大腸カメラ予約時のお願い》
・前日眠前にプルゼニド2錠などの処方をお願いいたします。
・抗血栓薬（抗凝固薬、抗血小板薬）を服用中の場合は、東海病院　消化器内視鏡検査、治療時における　抗血栓薬服用者の取扱い（2017年9月）に準じてください。

（お願い事項についてご不明な点は当院消化器内科医までお問い合わせください）

※　胃カメラと大腸カメラを同日希望される場合は外来受診をご依頼ください。

【超音波検査予約】

超音波検査　□腹　部　□心　臓　□腎動脈　□頸動脈　□甲状腺

【CT・MR予約】

お電話のみでの予約となります。

診療希望日時　□　いつでもよい
□　希望あり　第一希望　月　日（　　）
第二希望　月　日（　　）
第三希望　月　日（　　）

※来院時「保険証」「診療情報提供書(紹介状)」「予約票」を必ずご持参いただきご提示下さい。
※ご予約のご希望に添えない場合は、御連絡申し上げますのでご了承ください。

KKR東海病院
名古屋市千種区千代田橋1－1－1
国家公務員共済組合連合会　東海病院　地域連携室
電話　052-711-6131(代)　FAX　052-723-3648(直通)