紹介連絡・予約申込書

申込み年月日：　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分）

患者さん同意のもと、この連絡・予約申込み票を送ります。予約をお願いします。

本日の予約内容（希望項目にチェック）	診察 □ 通常 ・ □ 至急	検査 □ 通常 ・ □ 至急

依頼先	FAX (058)248-9334 岐阜県総合医療センター 地域医療連携部　連携調整室 直通 TEL (058) 249－0017	依頼元　　病院・医院 科　医師 電話　　FAX

フリガナ				生年月日	西暦　年　月　日 年齢　才
氏　名		(旧姓)	男 女		
当院受診歴	あり（　　年頃）・なし			電　話	（　）
当院 患者No.					
住　所	〒				
保険者番号				資格取得日	昭和・平成・令和　年　月　日
記号・番号				有効期限	令和　年　月　日

希望診療科

医療機器共同利用によるCT、MRI検査を希望の場合は放射線診断科と記入してください。

希望医師名　　□ 医師の希望なし

診断名または症状：

受診年月日：□ 第1希望　年　月　日午前□・午後□ / □ 第2希望　年　月　日午前□・午後□
□ 希望なし　□ その他の希望（　　）

希望検査　　**<単純のみ予約可>**

□ C　T（部位　　）
□ MRI（部位　　）

CT検査を希望の方で、下記項目に該当の場合は○で囲ってください。
妊娠・ペースメーカー

MRI検査を希望の方で、下記項目に該当の場合は○で囲ってください。
妊娠・人工内耳・ペースメーカー・閉所恐怖症・体内金属・入れ墨・髄液シャント

検査結果：レポートをFAX後、CD-ROMとともに郵送します

● アレルギー（有・無）　● 感染症（　　）

<紹介目的・その他、依頼事項>

【患者様が入院中の場合、その旨記入ください】

予　約　控

予約日：　　年　　月　　日（　）　午前・午後　　時　　分
地方独立行政法人　岐阜県総合医療センター
科　担当医

<地域医療連携部（連携調整室）より診療科へのコメント>

2026.9 改正