

# FAX予約

医療機関用

## 山梨県立中央病院 FAX予約申込票(紹介患者用)

年 月 日

総合電話予約センター 宛 (FAX番号をご確認の上送信をお願いいたします)  
FAX: 055-253-2903

紹介元医療機関名

医師名

住所

電話番号

FAX

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒	電話番号	( )	
当院の受診歴	有・無 (ID 番号)	現在入院中の(有・無)、DPCの(有・無)	入院基本料( )	

受診科名	紹介目的 <input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 検査
病名または症状	<input type="checkbox"/> 予約希望日あり(第1～第3を記入) 第1希望日 年 月 日 第2希望日 年 月 日 第3希望日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 特に希望日はない
検査のみ	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> 骨密度測定検査 ※検査結果レポートとCDRは後日郵送いたします。骨密度測定結果は、紙媒体になります。
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 骨密度測定検査 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨 (右・左) <input type="checkbox"/> その他( ) ※当院では、標準部位は、腰椎正面+大腿骨(左)としています。 ※心臓CT・心筋シンチは循環器内科の診療予約をおとりください。
造影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 当科医師判断

### お願い

- 予約のお申し込みについて、当日の予約はお受けできませんので、ご了承ください。
  - 診療予約は、前日までの申し込み
  - 検査予約は2日前の14時までの申し込み分の受付となります。  
(金曜日14時までの申し込みは火曜日からの予約となります)
- 診療予約の場合には、「診療情報提供書」のご用意をお願いいたします。
- 予約時間が確定しましたら、「診療・検査予約票」をFAXで返信いたします。
  - 診療の場合:「診療・検査予約票」と「診療情報提供書」を患者様に持たせてください。
  - 検査の場合:「診療・検査予約票」と「検査説明書」等を患者様に持たせていただくとともに、患者様に検査について事前のご説明をお願いいたします。

〒400-8506

甲府市富士見1-1-1 山梨県立中央病院 総合電話予約センター TEL055-253-7900