

川崎市立井田病院

外来診療・検査 申込書

●外来診療・検査 申込書について

3枚綴りで1組となっております。

- 1枚目：患者様控-①
- 2枚目：井田病院提出用-②
- 3枚目：紹介元医療機関控-③

※本書がなくなりましたら、お手数ですが、ホームページよりダウンロードしていただくか
地域医療部へご依頼ください。

●外来診療・検査 申込方法

1. お電話にてご予約ください。

2. 外来診療申込の場合 → 初診の方は1枚目（患者様控-①）をFAXしてください。
当院受診歴のある方はFAX不要です。

検査申込の場合 → 全ての方 2枚目（井田病院提出用-②）をFAXしてください。

※外来診療申込の場合でも2枚目（井田病院提出用-②）をFAXしていただく場合がございます。

3. 患者様控-① を患者様にお渡しください。

井田病院提出用-② は封印し、封筒に紹介先診療科と医師名を明記し、患者様にお渡し
ください。

保険証と紹介状を受診当日、紹介状受付へ提出して下さるよう、患者様へご説明ください。

4. 紹介元医療機関控-③ は貴院にて保管してください。

〈ご予約・お問い合わせ〉

川崎市立井田病院 地域医療部

〒211-0035

川崎市中原区井田2-27-1

TEL (044) 788-0582

FAX (044) 788-0594

診療予約 月～金 8時30分～19時
土 8時30分～12時

検査予約 月～金 8時30分～17時

※日・祝日・年末年始等 を除きます

保険者番号	被保険者	公費	負担者番号	1割
被保険者証 記号	番号	本・家	受給者番号	2割

※老人医療は負担割合をご記入ください

令和 年 月 日

外来診療・検査 申込書

川崎市立井田病院

紹介元医療機関

所在地・名称
電話・FAX

医師名

⑩

科	医師
受診予定日	令和 年 月 日() 時 分

フリガナ	明・大・昭・平	生年月日	年 月 日(歳)	男・女
氏名				
住所		電話番号		

◆希望する検査の種類 (MR/CTの場合は検査部位に○印をしてください)

- 上部消化管内視鏡
- MR 単純 部位: 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・その他()
- CT 単純 部位: 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・その他()
- その他()
- ※留意事項がある方はご記入ください
()

患者様へのご案内

■外来を受診される方へ

- ・受診当日、紹介状と保険証をご持参ください。
- ・予約時間の15分前に紹介状受付へお越しください。
- ・糖尿病外来、泌尿器外来など、幾つかの専門外来では、診療前に検査をする場合がございます。
- ・診察の状況によってお待たせする場合がございますので、予めご了承ください。
- ・都合によりご希望の医師とは別の医師が診療する場合がございます。

■MR/CT検査を受ける方へ

- ・検査当日、紹介状と保険証をご持参ください。
- ・予約時間の20分前に紹介状受付へお越しください。
- ・腹部MR/CTの方は検査4時間前から食事や飲物をとらないでください。
- ・常用薬の内服については、主治医とご相談ください。
- ・化粧はせずにお越しください。また、検査前に金属製品は外していただきます。
- ・結果は紹介元医療機関へ郵送いたします。7日前後かかりますので、予めご了承ください。

■上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)を受ける方へ

- ・前日の夕食は夜9時までにお済ませください。
- ・検査当日、紹介状と保険証をご持参ください。
- ・当日は朝食をとらずに、9時~9時30分に紹介状受付へお越しください。
- ・常用薬の内服については、主治医とご相談ください。
- ・胃をきれいにするため、当日お出かけ前にコップ2杯の水を飲んでください。
- ・腹部がしめつけられない服装でお越しください。
- ・結果は紹介元医療機関へ郵送いたします。10日前後かかりますので、予めご了承ください。

<お問い合わせ> 川崎市立井田病院 地域医療部 〒211-0035 川崎市中原区井田2-27-1

TEL (044) 788-0582 FAX (044) 788-0594

診療予約 月~金 8時30分~19時 土曜 8時30分~12時 検査予約 月~金 8時30分~17時
※日・祝日・年末年始等 を除きます

保険者番号	被保険者	公費	負担者番号	1割
被保険者証 記号	番号	本・家	受給者番号	2割

※老人医療は負担割合をご記入ください

令和 年 月 日

診療情報提供書・紹介状

川崎市立井田病院

紹介元医療機関

科	医師
受診予定日	令和 年 月 日() 時 分

所在地・名称
電話・FAX

医師名

⑩

フリガナ	明・大・昭・平	男・女
氏名	生年月日 年 月 日(歳)	
住所	電話番号	

◆希望する検査の種類 (MR/CTの場合は検査部位に○印をしてください)

- 上部消化管内視鏡
- MR 単純 部位: 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・その他()
- CT 単純 部位: 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・その他()
- その他()
- ※留意事項がある方はご記入ください
()

傷病名・主訴
紹介目的
既往歴・家族歴・アレルギー
病状経過
検査結果
現在の処方
備考

診療情報提供書・紹介状

令和 年 月 日

川崎市立井田病院

科	医師
受診予定日	令和 年 月 日() 時 分

紹介元医療機関

所在地・名称
電話・FAX

医師名

⑩

フリガナ	明・大・昭・平	男・女
氏名	生年月日 年 月 日(歳)	
住所	電話番号	

◆希望する検査の種類 (MR/CTの場合は検査部位に○印をしてください)

- 上部消化管内視鏡
- MR 単純 部位: 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・その他()
- CT 単純 部位: 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・その他()
- その他()
- ※留意事項がある方はご記入ください
()

傷病名・主訴
紹介目的
既往歴・家族歴・アレルギー
病状経過
検査結果
現在の処方
備考