



川崎市立川崎病院

診療、検査（共同利用）申込書

○ 診療予約なしで患者さんをご紹介いただく場合

- 1 「診療情報提供書・紹介状」（〔②FAX・医療機関提出用〕）にご記入のうえ、患者さんにお渡しいただき、当院受診時にお持ちになるようお伝えください。
受診受付時間：月曜日～金曜日 8:30～11:00 まで（祝日、12月29日～1月3日を除く）
- 2 一部の診療科及び専門外来については受付時間の異なる場合や事前予約が必要な場合があります。詳しくは、お電話でお問い合わせください。

○ 医療機関から予約のうえで患者さんをご紹介いただく場合

○ 検査機器の共同利用をご希望される場合 ※ PET-CTをご希望の場合は、書式が異なります。

- 1 医療機関の方からお電話でご予約ください。
TEL:044-246-1289（患者総合サポートセンター（医療機関専用電話））
受付時間：月～金曜日 8:30～18:00 土曜日 8:30～17:00
（祝日、12月29日～1月3日を除く）
- 2 予約内容に基づき、当院から診療予約の場合は「紹介患者予約票」検査予約の場合は「検査を受けられる患者さんへ」を医療機関様にFAX送信します。
- 3 「診療申込書」（〔①患者さん用〕）、「診療情報提供書・紹介状」（〔②FAX・医療機関提出用〕）にご記入のうえ、「診療情報提供書・紹介状」を当院にFAX送信してください。
FAX:044-246-1052（患者総合サポートセンター（医療機関専用））
- 4 「診療情報提供書・紹介状」を封筒に封入し、封筒表面に予約した当院の診療科、医師名をご記入のうえ、「紹介患者予約票」、「診療申込書」とともに、患者さんにお渡しください。
また、これらをお持ちのうえ、当院1階「⑧紹介状（予約のある方）」へおいでになるよう患者さんにお伝えください。

ご予約・お問い合わせ

川崎市立川崎病院 患者総合サポートセンター

電話 044-246-1289（医療機関専用）

FAX 044-246-1052（医療機関専用）

受付時間：月～金曜日 8:30～18:00 土曜日 8:30～17:00

（祝日、12月29日～1月3日を除く）

診療申込書

●希望される診療科等

科		医師	
日時	年 月 日 (曜日) (:)		

紹介元医療機関名

所在地

医師名

●ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
氏名				
住所				電話 ()
川崎病院受診歴	あり・なし	川崎病院診察券番号	()	

●希望される医療機器の共同利用 (希望項目に○印をしてください)

X線単純撮影	腹部エコー	心エコー	骨シンチ
骨塩定量	上部消化管内視鏡	栄養相談	超音波内視鏡
CT (単純・造影)	頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤 其他 ()		
MRI (単純・造影)	頭部 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎) 其他 ()		

●CT・MRIの留意事項 ※超音波内視鏡をお申し込みの場合：6箇月以内に上部消化管内視鏡を受けていない患者さんは、ヨード過敏症 (有・無) まず上部消化管内視鏡検査の予約をお願いいたします。

血清クレアチニン mg/dl	心臓ペースメーカー 有・無	喘息の既往 有・無	
----------------	---------------	-----------	--

(採血日： 年 月 日)

患者さんへのご案内

- ☆ 来院場所 川崎市立川崎病院 1階「⑧紹介状(予約のある方)」にお越してください。
- ☆ お持ちいただくもの 診療情報提供書・紹介状、紹介患者予約票、診療申込書、検査を受けられる方へ、検査画像CD-ROM等、マイナ保険証または資格確認書、各種医療証 (お持ちの方のみ)、診察券 (お持ちの方のみ)
- ☆ 診療情報提供書・紹介状の入っている封書は、開封せずに「⑧紹介状(予約のある方)」までお持ちください。
- ☆ 受診の手続き、診療状況等により、お待たせする場合がありますので、ご了承ください。
- ☆ 予約の変更、キャンセルなどについては、紹介元の医療機関へご連絡ください。
- ☆ 検査(共同利用)を受ける患者さんへ
紹介患者予約票、検査を受けられる患者さんへの注意事項等の確認をお願いします。

お問い合わせ 市立川崎病院 044-233-5521 (代)

診療情報提供書・紹介状

●希望される診療科等

科		医師	
日時	年 月 日 (曜日) (:)		

紹介元医療機関名

所在地

医師名

●ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
氏名				
住所				電話 ()
川崎病院受診歴	あり・なし	川崎病院診察券番号	()	

●希望される医療機器の共同利用 (希望項目に○印をしてください)

X線単純撮影	腹部エコー	心エコー	骨シンチ
骨塩定量	上部消化管内視鏡	栄養相談	超音波内視鏡
CT (単純・造影)	頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤	その他 ()	
MRI (単純・造影)	頭部 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎)	その他 ()	

●CT・MRIの留意事項 ※超音波内視鏡をお申し込みの場合：6箇月以内に上部消化管内視鏡を受けていない患者さんは、ヨード過敏症 (有・無) まず上部消化管内視鏡検査の予約をお願いいたします。

血清クレアチニン mg/dl	心臓ペースメーカー 有・無	喘息の既往 有・無
----------------	---------------	-----------

(採血日： 年 月 日)

傷病名・主訴
紹介目的 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 分娩依頼 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()
臨床所見・検査目的
既往症 アレルギー (あり) ・なし
症状経過・検査結果等
現在の処方
添付資料 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果票 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
報告方式の希望 <input type="checkbox"/> 報告書 <input type="checkbox"/> CD・DVD <input type="checkbox"/> フィルム

診療情報提供書・紹介状（控）

●希望される診療科等

科		医師	
日時	年 月 日 (曜日) (:)		

紹介元医療機関名

所在地

医師名

●ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
氏名				
住所				電話 ()
川崎病院受診歴	あり・なし	川崎病院診察券番号	()	

●希望される医療機器の共同利用（希望項目に○印をしてください）

X線単純撮影	腹部エコー	心エコー	骨シンチ
骨塩定量	上部消化管内視鏡	栄養相談	超音波内視鏡
CT (単純・造影)	頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤	その他 ()	
MRI (単純・造影)	頭部 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎)	その他 ()	

●CT・MRIの留意事項 ※超音波内視鏡をお申し込みの場合：6箇月以内に上部消化管内視鏡を受けていない患者さんは、ヨード過敏症（有・無）まず上部消化管内視鏡検査の予約をお願いいたします。

血清クレアチニン mg/dl	心臓ペースメーカー 有・無	喘息の既往 有・無
----------------	---------------	-----------

(採血日： 年 月 日)

傷病名・主訴
紹介目的 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 分娩依頼 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()
臨床所見・検査目的
既往症 アレルギー (あり) ・なし
症状経過・検査結果等
現在の処方
添付資料 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果票 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
報告方式の希望 <input type="checkbox"/> 報告書 <input type="checkbox"/> CD・DVD <input type="checkbox"/> フィルム