患者支援・地域連携部

地域医療連携室

ベルランド総合病院は、所在する地域すべての医師、または歯科医師の利用のための開放型病床を活用して地域医療の充実、および向上を図ることに取り組んでおります。

お申込み方法

1.地域医療連携室に直接お電話いただくか、
当院専用の予約申込書でFAXをお願いします。

【平日・土曜日】地域医療連携室
平　日：09:00~20:00
土曜日：09:00~17:00
電　話：072-234-9215（直通）
ＦＡＸ：072-234-9155（直通）

2.予約通知書をFAXで返送致します。
患者さまにご説明下さい。

3.堺市地域医療情報ネットワークにてWeb予約をお取りすることができます。詳細につきましては、地域医療連携室までお問合せ下さい。

FAX 0120−53−0096
診察・検査申込書
ベルランド総合病院 地域医療連携室 行
受付時間 平日9:00~20:00 土曜日 9:00~17:00
電話 0120−13−9215(直通)
●紹介元医療機関
名 称:
住 所:
電 話:
FAX:
送迎希望 有・無
ADL：自立・車イス(持ち込み 有・無)
同乗者： 有（　名）・無
◆受診科＿＿＿＿＿＿＿＿◆希望医師名＿＿＿＿＿＿＿＿(希望がある場合のみ)
◆受診・検査目的 ※事前に診療情報提供書をFAXにて送信頂きますようお願い致します。
フリガナ
名 前
性別
生年月日
年 月 日(　才)
住 所
電話番号
◆依頼検査(下記の欄の□内にレ点をご記入ください。)
●放射線科
※造影検査の際は必ずご記入ください。
クレアチニン値(3ヵ月以内)
(値　　ml/dl,採血日　／　)
ビグアナイド系糖尿病治療薬 有・無
希望日
① ／ ( )
② ／ ( )
③ ／ ( )
●内視鏡
□院内現況（胃所 □有 □無）
●臨床検査科
CT検査
MRI検査
造影検査
各I検査
超音波検査
心機能検査
呼吸機能検査
訪問電位検査
神経伝導検査
筋電図検査
脳波検査
骨密度検査

見本

▲診察・検査予約申込書

診察予約手順

①診察・検査予約申込書（ﾍﾞﾙﾗﾝﾄﾞ総合病院専用）に必要事項をご記入の上、FAXでご送信下さい。お急ぎの場合は、直接お電話下さい。

②院内での調整を行い、予約日時を決定致します。
紹介患者さまの診察・検査予約票（日時、注意事項等）を作成し、FAXで返送させて頂きます。検査前処置に必要な薬品があれば当院より確認させて頂きます。

③紹介患者さまの診察・検査予約票の記入事項についてご説明を頂いた後、患者さまに予約票をお渡し下さい。

④紹介患者さまは、受付にて確認手続き終了後に診察または検査をお受け頂きます。

■患者さまにご持参頂くもの

・診療情報提供書　・お薬手帳（または飲まれているお薬）
・健康保険証各種　・検査結果（フィルムなど）
・予約票（通知書）　・ベルランド総合病院の診察券（お持ちの方）

※「診察・検査予約申込書」、「診療情報提供書」のフォーマットは当院のホームページより、ダウンロード出来ます。