

予 約 票 (当日持参用)

紹介元医療機関	
名 称 _____	
診療科名・医師名 _____	
所在地 (〒 _____)	
申込担当者 _____	
TEL _____	FAX _____

〒340-8560 埼玉県草加市草加2-21-1
 草加市立病院 地域医療連携相談室 宛
 TEL : 048-946-2200 (代表)

◎TEL受付時間
 休診日以外の午前8時30分から午後5時まで
 ◎休診日
 日曜、祭日、国民の休日、第2・第4・第5土曜日、
 12月29日から翌1月3日まで

フリガナ _____

患者氏名 _____ 様 男・女 T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

予約専用ダイヤル **048-946-2305** までお電話ください。

受付時間 平日(月)～(金) 8:30～17:00
 第1・3土曜日 8:30～12:00

・変更やキャンセルも予約専用ダイヤルまでご連絡ください。



持ち物 1 予約票(本紙) 2 紹介状(診療情報提供書)・検査データ
 3 保険証・公費医療証 4 当院の診察券(お持ちの方) 5 お薬手帳(お持ちの方)
 ※予約時間の30分前までに総合受付1番窓口で受付をしてください。

予約日時	年	月	日 ()	時	分
希望診療科	※該当項目に○印をつけてください。				
・総合内科	・神経内科	・膠原病内科	・乳腺外科	・循環器内科	・呼吸器内科
・消化器内科	・外科	・小児科	・耳鼻咽喉科	・心臓血管外科	・整形外科
・眼科	・皮膚科	・脳神経外科	・泌尿器科	☆歯科口腔外科	
・血液内科	☆腎臓内科	・緩和ケア科	・内分泌代謝内科		
検 査					
☆放射線科 (CT / MRI / RI / リニアック / その他)			☆検査科 (エコー / 脳波 / その他)		
専 門 外 来	☆肺がん検診 (CT)		☆糖尿病腎症連携		
☆の診療科は裏面も確認してください。					

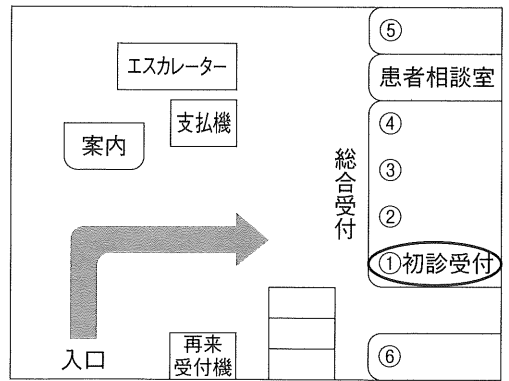
ご注意

血液内科・腎臓内科・内分泌代謝内科・緩和ケア科・放射線科・検査科・専門外来は患者さんからの予約は取れません。

- ・混雑時や診療の状況により順番が前後する場合があります。
- ・CT、MRIは医師が緊急と判断した場合のみ当日検査となります。

入り口右手1番窓口までお越しください。 →

院 内 図



注 意 事 項

○放射線科

- ・造影剤を使用する場合、検査前4時間の食事は禁止です(お茶・水は可)。
- ・MRCPは検査前8時間飲食禁止です。
- ・ペースメーカー有の方はMRI対応カードを持参してください。

アイソトープ

◎キャンセルや変更は検査日の前日15時までに連携室に連絡をしてください。

- I-123 IMP：検査時間までに来院してください。
- I-123 DATSCAN：検査前処置が9時にあります。
- I-123 ミオMIBG：朝食は食わずに(水は可)薬は飲まずに検査時間までに来院してください。
- 骨シンチ：検査前処置が9時にあります。
- 甲状腺シンチ：検査時間までに来院してください。
- Gaシンチ：検査前処置が検査日の3日前()日の9時にあります。

放射線治療(リニアック)

- ・予約日は診察のみで、照射日は診察時に相談となります。(照射日に診察はありません。)

肺がん検診

- ・当日はCT撮影を行い撮影後、次回の診察予約をしていただきます。
レントゲンの画像を忘れずにお持ちください。(撮影日に診察はありません。)

○検査科

エコー

- 腹部エコー：検査前4時間の食事は禁止です(水は可)。

脳波

- ・前日は洗髪し当日は整髪料などは付けずに来院してください。
- ・服用薬は担当医の指示に従ってください。

○腎臓内科

- ・採血・検尿があるため予約時間の1時間前に来院してください。
- ・当日は、検尿できるよう来院前は極力排尿をお控えください。

○歯科口腔外科

- ・抜歯は原則として初診日にはできません。診察後、後日予約となります。
- ・矯正やインプラントのためのCT撮影等は自費となります。
- ・読影のご希望があれば、診療情報提供書にてお知らせください。

○糖尿病腎症連携

- ・一度の申込で次回までの診察予約を取らせていただいております(以下記入してください)。

外来診察(初回時)	表 面 に 記 載			
外来診察(2回目)	年	月	日()	午前9時
栄養相談(2回目)				午前9時5分

- ・診察2回と栄養相談1回を実施し、その後は、かかりつけ医療機関に通院いただきます。
- ・当日糖尿病連携手帳、糖尿病眼手帳、血压手帳、自己血糖測定記録もご持参ください。