

紹介患者受診申込書 兼 診療情報提供書 (PTEG交換)

記 載 日	年 月 日
医療機関名	
紹介医師名	
(ご担当者名)	
住所	
TEL	
FAX	



済衆館病院
患者支援センター
 FAX: 0568-21-0837
 TEL: 0568-21-1732

 平日 : 9:00~16:30
 土曜 : 9:00~12:30

* FAXでのご依頼は24時間受付けていますが、時間外・休診日については返信が翌平日午前中となりますのでご了承ください。

フリガナ		年齢	生年月日	大・昭・平・令	性別
患者氏名		歳		年 月 日	男 ・ 女
住所 TEL	TEL () —				
当院受診歴	なし あり ()	科	当院ID		

依頼内容	PTEG交換 (前回交換日 : 年 月 日)
	タイプ変更希望 有 無
商品名・サイズ	現在のタイプ: ボタン チューブ *当院で初めての交換を依頼する際は 申し込み時に患者情報カードを添付してください。

予約希望日 (注)PTEG交換は 水曜日のみとなります	第一希望	年 月 日 (水) 8時45分来院
	第二希望	年 月 日 (水) 8時45分来院
	希望なし	
	その他	

心疾患	あり ・ なし ・ 不明
緑内障	あり ・ なし ・ 不明
糖尿病治療	あり ・ なし ・ 不明
キシロカインアレルギー	あり ・ なし ・ 不明
感染症	あり ・ なし ・ 不明
ペースメーカー	あり ・ なし ・ 不明
前立腺肥大	あり ・ なし ・ 不明
抗血栓薬服用	あり () ・ なし

特記事項	当日の付き添い : ご家族 ・ 施設職員 ☐ 診療情報提供書 あり
------	---

時間外・休診日の緊急時は 0568-21-0811(代表) へお電話ください。

当院記入欄 (処置室) 施行日 : 年 月 日 ()

改訂 2026/9/24