

本状をFAXにてお送りいただければ、折り返し「受付連絡確認票」を送らせていただきます。

診察・検査 依頼書

(FAX送信票)

高島市民病院

令和 年 月 日

地域医療連携室 宛

FAX: 0740-36-2227

(受付時間 午前8時30分～午後5時15分、水・金は午後7時まで)

紹介元医療機関名・医師名	(電話) - -
	(FAX) - -

診療科	医師名	緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (救急車・自家用車・)
科	医師	入院希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 転院希望

受診依頼目的

造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	Cr ()	eGFR ()
----------------------------------------------------------------	--------	----------

診察 検査 申し込み	第1希望日 月 日 時	第2希望日 月 日 時
---------------	-------------	-------------

必須項目	MRIのお申込の場合は(☆)ペースメーカーの有無を、(※)骨塩定量・(※)呼吸機能・(※)脈波の各検査お申込の場合は※身長・体重のご記入を必ずお願い致します。 ◎の検査については、検査の説明・問診・同意書取得をご依頼の先生にてお願いいたします。 (◎放射線科・・・MRI単純、MRI造影、CT造影 ◎消化器内科・・・上部消化管)
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

検査等内容	MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	☆ペースメーカー 有・無	部位	
	CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影			
	骨塩	<input type="checkbox"/> ※骨塩定量	※身長 cm ・ 体重 kg	部位	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨
	RI	<input type="checkbox"/> 脳スペクト	<input type="checkbox"/> 負荷心筋シンチ	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	超音波	<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 心臓エコー	
		<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	消化管・内視鏡	<input type="checkbox"/> 食道・下咽頭造影	<input type="checkbox"/> 上部消化管造影	<input type="checkbox"/> PTEGカテーテル交換	
		<input type="checkbox"/> ※上部消化管 (経口・経鼻) ←○をしてください	<input type="checkbox"/> 胃ろうボタン交換		
	その他	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査	<input type="checkbox"/> トレッドミル	<input type="checkbox"/> ※呼吸機能検査	
		<input type="checkbox"/> ※脈波検査 (PWV/ABI)	<input type="checkbox"/> 骨盤計測 (2方向)		
<input type="checkbox"/> X線単純撮影 部位 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()			
栄養指導	<input type="checkbox"/> 外来栄養食事指導 (別紙 栄養指導依頼箋も記入して下さい。)				

患者基本情報 (保険情報は来院時持参で省略可能です。)

フリガナ		性	被保険者	続柄
患者氏名		男女		
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 (歳)
住所	〒 -			
電話			Tel - -	
本院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	診察券No.が判ればご記入下さい		
保険者番号		公費番号		
記号		福祉医療		
番号				
資格取得	年 月 日			
資格有効期限	年 月 日	有効期限	年 月 日	

お問い合わせ 高島市民病院
(地域医療連携室 直通)
TEL 0740-36-8078

時間外・土日祝・年末年始のお問い合わせは下記迄
TEL 0740-36-0220(代表)
FAX 0740-36-1341