

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

依頼日 年 月 日

紹介元医療機関名・医師名	(電話)	-	-
	(FAX)	-	-

## 紹介先医療機関名

<input type="checkbox"/> 高島市民病院 FAX:0740-36-2227 TEL:0740-36-8078 <受付時間>平日午前8時30分～午後5時15分、水・金は午後7時まで	時間 外 連 絡 先	FAX:0740-36-1341 TEL:0740-36-0220
<input type="checkbox"/> マキノ病院 FAX:0740-27-1840 TEL:0740-27-0099 <受付時間>午前8時30分～午後7時00分まで(月～金曜日) <受付時間>午前8時30分～午後12時まで(土曜日)		FAX:0740-27-1840 TEL:0740-27-0099
<input type="checkbox"/> 今津病院 FAX:0740-22-5125 TEL:0740-22-2238 <受付時間>平日午前8時30分～午後5時まで		FAX:0740-22-5125 TEL:0740-22-2238

<input type="checkbox"/> 診察予約	診療科	担当医	希望日時
	科	<input type="checkbox"/> 外来担当医 <input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 希望日あり 第1希望: 月 日 時 分 第2希望: 月 日 時 分
入院希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 転院希望			緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (救急車・自家用車)

<input type="checkbox"/> 検査予約	検査名	希望日時
		<input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 希望日あり 第1希望: 月 日 時 分 第2希望: 月 日 時 分
※造影剤使用時	造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	クレアチニン ( ) eGFR ( )
※CT・MRI検査	ペースメーカー又は体内金属	<input type="checkbox"/> あり(種類 ) <input type="checkbox"/> なし
※身長・体重	cm kg	◎対象検査:骨塩定量検査・脈波検査・呼吸機能検査

※検査予約につきましては、別紙(検査項目一覧)を参照いただき、ご予約をお願いします。

紹介目的(部位・症状・病名等)	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	<input type="checkbox"/> びわ湖あさがおネットの登録を希望(高島市民病院のみ)
-----------------	------------------------------------	-----------------------------------------------------

## 患者基本情報

○紹介先病院での受診歴【  あり ID番号( )  なし】

フリガナ		性別	被保険者
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	本人・家族
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 - Tel		
保険者番号		公費負担者番号	
記号		公費受給者番号	
番号		福祉負担者番号	
枝番		福祉受給者番号	
資格取得日	年 月 日	資格取得日	年 月 日
資格有効期限	年 月 日	資格有効期限	年 月 日
一部負担金の割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	福祉一部負担金	あり・なし

別紙(検査項目一覧)

高島市民病院	◎の各検査については、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。						
	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"/> 骨盤計測(2方向)	
<input type="checkbox"/> 脈波検査 (PWV/ABI)		<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査		身長	cm 体重 kg		
<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						

マキノ病院	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
	超音波	<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"/> 上部消化管造影		<input type="checkbox"/> PTEGカテーテル交換		<input type="checkbox"/> 胃ろうボタン交換	
		<input type="checkbox"/> 上部消化管(経口・経鼻)←○をしてください				<input type="checkbox"/> 下部消化管検査	
	その他	<input type="checkbox"/> 脈波検査 (PWV/ABI)		<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査		身長	cm 体重 kg
		<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					

今津病院	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
	超音波	<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"/> 上部消化管(経口のみ)		<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"/> 脈波検査 (PWV/ABI)		<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査		身長	cm 体重 kg
		<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					