

診療・検査予約依頼票

TEL 052-611-1122 FAX 052-611-1021

依頼日 平成 年 月 日

(宛先)大同病院・だいでうクリニック 地域医療連携室 宛

1 紹介元医療機関等(医療機関名称、所属科、担当医師名、電話番号、FAX 番号)※ゴム印の押印でも構いません。

--

2 依頼内容

依頼内容	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 検査 ※入院診療→お電話でご連絡ください。		
受診希望日	① 平成 年 月 日 ()		
	② 平成 年 月 日 ()		<input type="checkbox"/> 希望日なし
診療科 医師	科		医師 <input type="checkbox"/> 医師の指定なし
放射線検査	<input type="checkbox"/> C T (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影) (部位:)		
	<input type="checkbox"/> M R I (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影) (部位:)		
	<input type="checkbox"/> M R I + M R A (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影) (部位:)		
	※MRI、または、胸部CT 検査依頼時 → ペースメーカー・除細動器 (有 ・ 無) 「有」の場合は、ペースメーカー・除細動器 (ICD) 手帳のコピーを FAX して下さい。		
	注1)造影検査を希望される場合はご記入下さい。クレアチニン _____ または eGFR _____ 腎機能が低下している方(血清クレアチニン 1.5mg/dL 以上、または、eGFR45 未満)は造影検査をお受けいただけません。 注2)気管支喘息のある方は、原則造影検査はお受けいただけません。		
	<input type="checkbox"/> R I (検査項目:)		
	<input type="checkbox"/> レ ン ト ゲ ン (部 位:)		
生理検査	<input type="checkbox"/> 心 臓 超 音 波	<input type="checkbox"/> 乳 腺 超 音 波	<input type="checkbox"/> 脳 波 (小 児) トリクロ服用 (要 ・ 不 要) 体重 (kg)
	<input type="checkbox"/> 頸 動 脈 超 音 波	<input type="checkbox"/> 心 電 図	
	<input type="checkbox"/> 腹 部 超 音 波	<input type="checkbox"/> ホ ル タ ー 心 電 図 ペースメーカー (有 ・ 無)	
	<input type="checkbox"/> 甲 状 腺 超 音 波		
内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部 <input type="checkbox"/> 上部+下部 (鎮静 ・ 経鼻) 希望		
コメント			

3 患者様基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名			<input type="checkbox"/> 女
生年月日	明大昭平 年 月 日 (歳)		
TEL(連絡のつく番号)	- -	当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
受診当日の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 ※入院中の場合は、入院算定料を紹介状等にご記入ください。		

4 お知らせ

- (1) 診療・検査予約日時は折り返し、FAX でお返事しますので、しばらくお待ち下さい。
- (2) FAX での診療予約、検査予約は平日の8時30分から午後8時迄です。土曜日は午後2時迄です。
- (3) 平日午後8時までは地域医療連携室の職員が常駐しておりますので、予約以外のことでも直接ご連絡下さい。
- (4) 午後8時以降は救急センターが対応いたします(救急センターTEL:052-611-8614)。