

診療・検査予約依頼票

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

依頼日 年 月 日

(宛先)大同病院・だいどうクリニック 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	年	月 日 ()
	②	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。		
	※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 _____ 造影CT 腎機能の低下している方(血清クレアチニン1.0mg/dL以上、または、eGFR45未満)はお受け頂けません。 造影MRI 腎機能の低下している方(血清クレアチニン1.5 mg/dL以上、または、eGFR30未満)はお受け頂けません。		
	<input type="checkbox"/>	R	I (検査項目:)
	<input type="checkbox"/>	骨	密度 (撮影項目: 腰椎+股関節 ・ 腰椎 ・ 股関節 ・ 前腕)
<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"/>	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	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 5 時迄です。土曜日は午後 2 時迄です。