

洛和会音羽病院 紹介患者診察申込票

<紹介元>

医療機関名称
 診療科 医師名
 住 所

FAX番号 075(593)4160

受付時間 : 午前8時30分~午後8時(平日)
 : 午前8時30分~午後5時15分(土曜日)

◎ FAX送付は24時間可能です。受付時間外については翌営業日に予約票を送信させていただきます。

TEL/FAX

受診希望日	第1希望	月 日 ()	第2希望	月 日 ()	第3希望	月 日 ()
-------	------	---------	------	---------	------	---------

フリガナ	姓	名	性別	生年月日 ()	旧姓
患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	
住所	〒 -				
電話	電話番号 (- -)		携帯番号 (- -)		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診察券番号)				
紹介元医療機関に	(<input type="checkbox"/> 外来通院中 / <input type="checkbox"/> 入院中) 本院への来院は (<input type="checkbox"/> 本人 / <input type="checkbox"/> 家族)				

診察依頼	科 () 医師				
検査依頼	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 骨盤・四肢 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	検査名	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> MRA 含む) <input type="checkbox"/> PET-CT (別途専用依頼用紙が必要となります。)			
	造影の有無	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (クレアチニン) (BUN)			
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> ペースメーカー無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> アレルギー無し <input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 腎機能障害無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 喘息無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 妊娠無し <input type="checkbox"/> 有り			
		<input type="checkbox"/> CD-R を希望する。 <input type="checkbox"/> フィルムを希望する			
その他検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> 頸部エコー <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"/> 大腿動脈エコー <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー <input type="checkbox"/> SPP <input type="checkbox"/> 骨塩定量 (<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿部) <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 神経伝導速度 <input type="checkbox"/> RI (検査詳細につきましてはその他欄にご記入願います。) <input type="checkbox"/> その他 ()				

保険番号	保険者番号				記号・番号				本人・家族の別			
									<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
公 費	保険者番号				番号				老人保健の負担割合			
									<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			

その他・当院への連絡事項等 (紹介目的・病名等)

※事前に診療情報提供書を FAX で送付いただくようお願いいたします。

お問い合わせ : 075(593)7725 (地域連携課直通)