稲沢市民病院紹介患者予約依頼票（病診予約用）

地域医療連携室　行

FAX　0587-33-5022　　TEL　0587-33-5021　　令和　　年　　月　　日

ご紹介医療機関		TEL FAX	
（ﾌﾘｶﾞﾅ） 患者氏名　　様	（性別） 男・女	（生年月日） 明・大・昭・平・令　年　月　日生	
☆「住所・生年月日」が確認できる保険証のコピー等送付いただく場合は、「住所・生年月日」の記入は不要です。			
（〒　　－　　） 〒		連絡先 （　　）　－	

予約希望日	第1　令和　年　月　日	その他（　　）	
	第2　令和　年　月　日	特になし	
	□　患者本人が予約（□にレ点を付けてください。）　※検査の予約はできません。		
診療科 受診科に○印を付けてください。	内科〔循環器 消化器 糖尿病・内分泌 神経 呼吸器 血液 腎臓 老年〕 小児科　外科　整形外科　脳神経外科〔脊椎 脳疾患〕 皮膚科　泌尿器科　眼科　婦人科　耳鼻咽喉科　歯科口腔外科	医師名	
放射線検査 □にレ印を付けてください。	□　ＣＴ単純　・□ＣＴ造影　（部位：　　） ＊造影検査の場合〔クレアチニン　　mg/dl〕 ＊造影検査の場合　ビグアナイド系糖尿病薬は休薬でお願いします。（検査前～造影剤投与後48時間）		
	※事前に準備が必要になる場合がございますので、必ずご確認をお願いします。 **・心臓ペースメーカ（　有　・　無　）** **「有」の場合、ペースメーカ及びリードのモデル番号の確認が必要なため、恐れ入りますが、ペースメーカ手帳またはカードの写しをお願いします。** **・金属類の有無　（　有　・　無　）** □　MRI単純（部位：　　）　□VSRAD　□MRCP □　MRI造影（部位：　　）　□EOB ＊造影検査の場合〔クレアチニン　　mg/dl〕		
	※緊急所見がある場合、患者さまに当日受診をすすめさせて頂きます。		
	□　超音波検査（腹部）　＊検査結果提供又は内科受診で結果説明		
	□　超音波検査（心臓）　＊後日循環器内科医師のレポート送付		
	□　シンチ　（検査名：　　）		
	□　骨密度検査　（部位：前腕（右・左）・腰椎・大腿骨（右・左））　読影　□　放射線科医師　□　不要		
生理検査 □にレ印を付けてください。	□　脳波検査（眠剤　有・無　　）		
	□　肺機能検査		
	□　ＡＢＩ（足関節／上腕血圧比）		
	□　誘発筋電図〔神経伝導速度測定〕　MCV・SCV　（　　）神経　両側・左・右		
内視鏡検査 □にレ印を付けてください。	□　上部消化管　□　下部消化管		
	抗血栓薬　薬品名（　　）〔服用中・　／　から中止〕		

※予約申し込み時点で紹介状を頂く場合があります。（FAX送付）

2025.3