## 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

	0587-33-5022 TEL 0587-33-5021	令和	年	月	目
ご紹介医療機関					
TEL					
	FAX				
(フリカ゛ナ)	(性別)	(生年月日	1)		
患者氏名	様 男・女	明・大・	昭・平・令 年	月	日生
<u>→</u> 「住前・	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	上年日日 I <i>0</i>			———
Д · Д/Л		連絡先	> HU > (4.9)   1.3	<b>Q C 7</b> 0	
: ;		(	)	_	
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 受診科に〇印を 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 腎臟 老年				
		医红丸			
	小児科 外科 整形外科 脳神経外科〔脊椎 脳疾患〕	医師名			
	皮膚科 泌尿器科 眼科 婦人科 耳鼻咽喉科 歯科口腔外科				
	□ C T単純 ・□C T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	<u>-</u>			
	(検査前~造影剤投与後48時間	引)			
	※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	iいします。	<b>)</b>	
	・心臓ペースメーカ( 有 ・ 無 )				
	「去」の担人 ペーコン カエバル ドのエニュ 英日の勝刻だ	シェンチュ	ᅩᇳᅩᆿ	nala	
	「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、ペースメーカ手帳またけカードの写しをお願いします	必要なたる	め、恐れノ	しりますな	jš,
放射線	ペースメーカ手帳またはカードの写しをお願いします。	必要なたる	め、恐れノ	りますな	)\$',
検 査	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 )				
	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:	□VSRÆ		りますだ ]MRC	
検 査	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: ) □ MRI造影(部位: ) □				
検 査	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: )   □ MRI造影(部位: )   * 造影検査の場合 [クレアチニン mg/dl]	□VSRÆ □EOB	AD [		
検 査	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: ) □ MRI造影(部位: ) □	□VSRÆ □EOB 頂きます。	AD [		
検 査	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: ) □ MRI造影(部位: ) □ MRI造影(部位: 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	□VSRÆ □EOB <b>頂きます。</b> 乗説明	AD [		
検 査	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: ) □ MRI造影(部位: ) □ mg/dl〕  *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 □ 超音波検査(腹部) *検査結果提供又は内科受診で結	□VSRÆ □EOB <b>頂きます。</b> 乗説明	AD [		
検 査	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: ) □ MRI造影(部位: ) □ mg/dl〕  ※紫急所見がある場合、患者さまに当日受診をすすめさせて □ 超音波検査(腹部) *検査結果提供又は内科受診で結 □ 超音波検査(心臓) *後日循環器内科医師のレポート説	□VSRÆ □EOB <b>頂きます。</b> ER説明 送付	AD [	]MRC	
検 査	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: ) □ MRI造影(部位: ) □ mg/dl〕  ※緊急所見がある場合〔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 □ 超音波検査(腹部) *検査結果提供又は内科受診で結 □ 超音波検査(心臓) *後日循環器内科医師のレポートに □ シンチ (検査名: )	□VSRÆ □EOB <b>頂きます。</b> ER説明 送付	AD [	]MRC	
検 査	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: ) □ MRI造影(部位: ) □ 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 □ 超音波検査(腹部) *検査結果提供又は内科受診で結 □ 超音波検査(心臓) *後日循環器内科医師のレポートに □ シンチ (検査名: ) □ シンチ (検査名: ) □ 情密度検査 ( 部位: 前腕( 右 ・ 左 ) ・ 腰椎	□VSRÆ □EOB <b>頂きます。</b> ER説明 送付	AD [	]MRC	
度 查 可以	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: )	□VSRÆ □EOB <b>頂きます。</b> ER説明 送付	AD [	]MRC	
横 查	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: )	□VSRÆ □EOB <b>頂きます。</b> ER説明 送付	AD [	]MRC	
度 查 可以	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: )	□VSRÆ □EOB <b>頂きます。</b> ER説明 送付	AD □	]MRC	P
横にいれていたださい。 生検にはなっていたださい。 理査付けていたださい。 視鏡	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: )	□VSRA □EOB <b>頂きます。</b> 注果説明 送付 ・大腿骨	AD □	]MRC	P
横 で	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: )       )         □ MRI造影(部位: )       )         *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         □ 超音波検査(腹部) *検査結果提供又は内科受診で結         □ 超音波検査(心臓) *後日循環器内科医師のレポート         □ シンチ (検査名: )         □ 骨密度検査 ( 部位: 前腕( 右 ・ 左 ) ・ 腰椎         読影 □ 放射線科医師 □ 不 要         □ 脳波検査(眠剤 有 ・ 無 )         □ 財機能検査         □ ABI(足関節/上腕血圧比)         □ 誘発筋電図[神経伝導速度測定] MCV・SCV (	□VSRA □EOB <b>頂きます。</b> 果説明 送付 ・大腿骨	AD □	]MRC	P