

# 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 _____
(フリガナ)	(性別)	(生年月日)
患者氏名	様 男・女	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
<input type="checkbox"/> 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 <small>受診科に○印を付けてください。</small>	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 ]	医師名
	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	
放射線 検査 <small>□にレ印を付けてください。</small>	<input type="checkbox"/> CT単純・ <input type="checkbox"/> 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をお願いします。 (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)	
	<input type="checkbox"/> MRI単純(部位: )	<input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> MRCP
	<input type="checkbox"/> MRI造影(部位: )	<input type="checkbox"/> 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いただきます。		
<input type="checkbox"/> 超音波検査(腹部) *検査結果提供又は内科受診で結果説明		
<input type="checkbox"/> 超音波検査(心臓) *後日循環器内科医師のレポート送付		
<input type="checkbox"/> シンチ (検査名: )		
<input type="checkbox"/> 骨密度検査 (部位: 前腕(右・左)・腰椎・大腿骨(右・左))		
読影	<input type="checkbox"/> 放射線科医師	<input type="checkbox"/> 不要
生理 検査 <small>□にレ印を付けてください。</small>	<input type="checkbox"/> 脳波検査(眠剤 有・無 )	
	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	
	<input type="checkbox"/> A B I (足関節/上腕血圧比)	
	<input type="checkbox"/> 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 <small>□にレ印を付けてください。</small>	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管	
	抗血栓薬 薬品名( ) [服用中・ / から中止]	

☆ 情報提供書(紹介状)につきましては予約日前日までにFAXしていただきますようお願いいたします。