

紹介状(診察・検査予約用) 兼 共同利用対象医療機器等申請書

小牧市民病院長 様

予約方法を選択ください。

直接、依頼医が予約調整します。

後日、患者さんが電話予約します。

紹介日	平成	年	月	日
医療機関名				
紹介医師名				印
住所				
TEL	-	-	FAX	-

下記患者さんについて、診察・検査予約を申し込みます。

ふりがな				生年月日	性別
氏名	様			<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 明治 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -				
小牧市民病院のID番号			TEL	- -	
予約希望日	第1希望	平成	年	月	日 ()
	第2希望	平成	年	月	日 ()

紹介先医師	科	医師	<input type="checkbox"/> 医師指定なし
紹介目的			
臨床診断			
現病歴 検査結果 現在の処方			

予約種別 (□にレを付してください)			
<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 一般内 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 循内 <input type="checkbox"/> 消内 <input type="checkbox"/> 呼内 <input type="checkbox"/> 腎内 <input type="checkbox"/> 糖内 <input type="checkbox"/> 内分泌 <input type="checkbox"/> 神経内 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳外 (<input type="checkbox"/> ガンマナイフ外来 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 整外 <input type="checkbox"/> 産婦人 <input type="checkbox"/> 耳鼻 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 形成 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 心外 <input type="checkbox"/> 呼外 <input type="checkbox"/> 歯口腔 <input type="checkbox"/> 緩和		
<input type="checkbox"/> CT	CT部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 血管	
	MRI部位	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 (腎機能欄の記入がない場合や状況により、当院の判断で単純撮影に変更する可能性があります。)	
<input type="checkbox"/> MRI	撮影方法		
	腎機能	直近3か月以内の検査数値を記入してください。 血清クレアチニン: eGFR:	糖尿病薬剤の服用 <input type="checkbox"/> あり(上記処方欄に薬剤名をご記入ください) <input type="checkbox"/> なし
	お渡し方法	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム	
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	* 同時に消化器内科の診察予約もお取りします。		
<input type="checkbox"/> 胃カメラ	事前検査結果	HCV <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	HBsAg <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 梅毒 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
<input type="checkbox"/> 胃透視	CD要望	<input type="checkbox"/> 要望する <input type="checkbox"/> 要望しない * 同時に消化器内科の診察予約もお取りします。	
<input type="checkbox"/> 心エコー	* 同時に循環器内科の診察予約もお取りします。		
<input type="checkbox"/> 骨塩定量	部位	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨	
<input type="checkbox"/> RI検査	* 直接RI検査室でご予約ください。(TEL 0568-76-4131 内線 2267)		

送付先: 地域連携室 FAX 0568-74-4516 TEL 0568-76-1434(平日8:30~19:00 土曜9:00~12:00)