

市立湖西病院外来受診・入院・検査依頼申込書

紹介先

市立湖西病院

地域・利用者支援センター 宛

直通電話 053-576-1240

直通FAX 053-575-0120

紹介元

所在地

医療機関名

電話番号

FAX番号

○お電話にてご予約の上、当用紙をFAXしてください。

1	共通	フリガナ			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日			
		紹介患者名			性別	男・女	未成年者の場合は保護者名		
		住所			自宅 ☎ () - 携帯 () -				
2	受診	受診科	受診を希望する科を○で囲んでください。その他の科は、空欄に記入して下さい。						
			内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	神経内科	腎臓内科	小児科
			外科	泌尿器科	婦人科	脳神経外科	禁煙外来	耳鼻咽喉科	()科
3	検査予約	依頼検査名	検査名・部位に○印もしくは、必要検査名をご記入下さい。						
			CT ・ MRI	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 四肢 ・ その他 ()					
			(単純・造影)						
			骨密度検査	腰椎 + 大腿骨 ・ 腰椎 ・ 大腿骨 ・ 前腕骨					
			一般X線撮影						
			生理機能検査	腹部エコー ・ 心エコー ・ 甲状腺エコー ・ 乳腺エコー ・ 頸動脈エコー					
				下肢静脈エコー ・ その他 ()					
			心電図・ホルター心電図(24時間)・動脈硬化検査(ABI)・呼吸機能検査						
その他									
4		栄養相談	糖尿病 ・ 慢性疾患等 ()						
5		通信欄	・来院日の状況により、指定された医師から変更になる場合もございます。						
			・各検査の結果については、毎週月曜日(祝日の場合は翌営業日)に依頼元宛に配送処理をさせていただきます。※配送料につきましては、検査費用の請求時に併せて請求させていただきます。						
			・CT、MRI検査の読影及び画像データの配布方法について、希望する箇所に○をしてください。						
			(1)読影の可否について ()読影あり ()読影無し						
			(2)画像データの配布方法について ()依頼元に配送 ()当日、患者さまにお手渡し ※当日にお手渡しの場合、CD-R作成にお時間をいただきますので、その旨患者さんには依頼元よりご説明願います。						
・検査実施時に所見があった場合には、当院救急外来を受診していただきます。									
受診を希望しない場合は、()内に○をして下さい。()									
【症状やペースメーカーの使用等注意事項がございましたら下記へご記入下さい。】									

※受診依頼の場合は1・2、検査依頼の場合は1・3・5、栄養相談依頼の場合は1・4を記入して下さい。