

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

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)						
			一般X線撮影						
			そ の 他						
			超音波検査	腹部エコー ・ 心エコー ・ 甲状腺エコー ・ 頸動脈エコー ・ 乳腺エコー					
			呼吸循環機能検査	呼吸機能検査 ・ 動脈硬化検査(ABI) ・ ホルター心電図					
			骨密度検査	腰椎 + 大腿骨 ・ 腰椎 ・ 大腿骨 ・ 前腕骨					
4		栄養相談	糖尿病 ・ 慢性疾患等()						
5	共通	通 信 欄	※各種検査の検査結果は、検査後紹介元へお届けします。 ※医科のCT、MRI 検査の検査結果(画像データ)は、読影後に紹介元へお届けします。 他の方法をご希望される場合は、下記の()内に○をして下さい。 ()読影なし → CD-R(画像データ)は紹介元へお届けする。 ()読影なし → CD-R(画像データ)は患者様へお渡しする。(月・木の午前中は不可) ()CD-R(画像データ)は患者様へお渡しし、必要な場合は、再度読影を依頼する。 ※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。)						

※ 指定された医師が変更になる場合もありますのでご了承下さい。

※ 受診依頼の時は、1・2 検査依頼の時は、1・3 栄養相談の依頼は、1・4を記入して下さい。

※ 5共通欄については、必要な場合に記入して下さい。

※ 検査結果は、紹介元へお届けします。

※ ご予約については、お電話でお願いします。