

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

病診連携室 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		明・大・昭・平 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	
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 (単純・造影)	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・胸椎・腰椎・四肢・その他()					
		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					
		骨塩定量検査	利き腕(右・左) ※検査にあたり注意事項等ございましたら下記通信欄にご記入下さい。					
4	栄養相談	糖尿病・慢性疾患等() 毎週 火・水曜日						
5	共通欄	※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。 (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。