

(第2号様式)

出水総合医療センター

診察・検査予約申込書

(送信先) FAX 番号 67-1769

出水総合医療センター地域医療連携室

(発信者) 紹介元医療機関名・医師名

(フリガナ) 患者様 氏名		男 ・ 女	生年 月日	M・T・S・H 年 月 日				
住所 電話	電話 —							
希望科 医師	科 医師名			医師				
希望 区分	当院医師に事前に連絡をされている時は記入ください ⇒ <input type="checkbox"/> 連絡済							
※該当する項目は 全てチェックして ください。	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査⇒ 専門診察科への受診・入院の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※前項「有」の時は、診察科変更のご相談をさせていただく場合がございます。							
	<input type="checkbox"/> 緊急依頼 ⇒ 搬送方法： <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 施設車 <input type="checkbox"/> 放射線治療 (<input type="checkbox"/> 通院希望 <input type="checkbox"/> 入院希望) <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 共同診療 <input type="checkbox"/> インプラント等の委託検査 (保険外)							
	<input type="checkbox"/> 希望日時あり ⇒ (月 日 午前・午後 時ころ) <input type="checkbox"/> 希望日時なし <input type="checkbox"/> その他 ()							
主症状・紹介目的等			感染症 <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 妊娠					
【検査区分】 (※下記をチェックしてください。)								
<input type="checkbox"/> CT ⇒ 部位 () ・造影 (有 ・ 無) (ペースメーカー (有 ・ 無))								
<input type="checkbox"/> 冠動脈CT <input type="checkbox"/> MRI ⇒ 部位 () ・造影 (有 ・ 無)								
※ お願ひ 造影検査、造影剤使用の場合、診療情報提供書に腎機能の血液検査データを明記くださるようお願ひします。 CT 検査でペースメーカー有の場合、診療科は総合内科宛にお願ひします。								
<input type="checkbox"/> RI 検査 ⇒ <table border="0"><tr><td rowspan="2">骨 ・ 脳血流</td><td rowspan="2">{</td><td rowspan="2">その他 ()</td></tr><tr><td></td></tr></table>					骨 ・ 脳血流	{	その他 ()	
骨 ・ 脳血流	{	その他 ()						
<input type="checkbox"/> 心筋シンチ ⇒ <input type="checkbox"/> 負荷あり <input type="checkbox"/> 薬剤負荷 (患者体重: kg) (月・火・水) <input type="checkbox"/> トレッドミル ⇒ <input type="checkbox"/> カタス <input type="checkbox"/> モディファイドブルース 1分法								
<input type="checkbox"/> トレッドミル負荷心電図 ⇒ <input type="checkbox"/> カタス <input type="checkbox"/> モディファイドブルース 1分法 (月・水)								
<input type="checkbox"/> 心電図 ⇒ (心電図 ・ ホルダー心電図 負荷心電図 ⇒ シングル・ダブル・トリプル)								
<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 ⇒ (食道 ・ 胃 ・ 気管支 ・ 大腸) ★内視鏡検査日に消化器内科診察も行います ★内服中の抗凝固剤があればご記入ください ()								
<input type="checkbox"/> 超音波 ⇒ (心臓 ・ 腹部 ・ 甲状腺 ・ 乳腺 その他:)								
<input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他 ()								

備考 1 本様式は診療情報提供書ではございません。

2 原則として検査の画像データの受け渡しは、CD-Rになります。

(地域医療連携室改定 H28.1)