

診察・検査依頼票 (FAX 送信用)

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 紫香楽病院 地域医療連携室宛
 TEL (0748)83-0101 (内線 219) FAX (0748)83-0590

貴医療機関名 TEL ()
 貴医師名 (診療科) FAX ()

フリガナ		性別	被保険者氏名	続柄
患者氏名 (旧姓)		男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生まれ (歳)			
住所	〒 - TEL ()			
病名 依頼目的				
保険情報	保険者番号		公費番号	
	記号		福祉医療	
	番号			
	資格所得			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号)			

診察依頼	診療科	<input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 整形外科				
検査依頼	項目	内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管			
		超音波検査	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺			
		心電図検査	<input type="checkbox"/> ホルター心電図			
		神経学的検査	<input type="checkbox"/> 筋電図 <input type="checkbox"/> 神経伝導速度 <input type="checkbox"/> 脳波			
		放射線検査 ※フィルム貸出希望 (有・無)				
		断層撮影	<input type="checkbox"/> 胸部			
		一般X線撮影	部位 ()			
		消化管造影	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 上部消化管 (食道・胃・十二指腸)			
		CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()		
			<input type="checkbox"/> 造影	アレルギー歴 (特にヨード) 有 () ・ 無		
	骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> DEXA法 腎障害 有 (血清Cr値 mg/dl) ・ 無				
※下部消化管内視鏡・造影(内科)・気管支鏡(外科)・トレッドミル運動負荷心電図(内科)等の検査につきましては先ず受診をお願いします。						
希望日	第1	平成 年 月 日 ()				
	第2	平成 年 月 日 ()				
希望報告方法	患者手渡 ・ 貴院郵送					
	〒 -					
その他、当院への連絡事項						