

独立行政法人国立病院機構 紫香楽病院 外来窓口宛 TEL (0748)83-0101 (内線219) FAX (0748)83-0590	
---	--

貴医療機関名 貴医師名 (診療科)	TEL () FAX ()
----------------------	-----------------

患者様基本情報

フリガナ		性別	生年月日
患者名		男 女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号	TEL (- -)		

保険情報	保険者番号		公費番号	
	記号		福祉医療	
	番号		資格取得	
	被保険者	本人・家族	紫香楽病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり

ご紹介目的	
-------	--

ご希望日	第1	年 月 日
	第2	年 月 日

ご依頼項目にチェックをお願いします

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 <input type="checkbox"/> 放射線科(検査のみ)
------	-----	--

撮影依頼	<input type="checkbox"/> 一般X線撮影	部位()
	<input type="checkbox"/> CT (単純撮影) ※画像はCDにて提供します。 ※所見は翌日14時までにFAXで返答します (土日祝日を除く)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査(DEXA法)	

検査依頼	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 心電図検査	<input type="checkbox"/> 十二誘導心電図 <input type="checkbox"/> ホルター心電図
	<input type="checkbox"/> 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
	※下部消化管内視鏡検査につきましては、可能な限り事前受診をお願いします。	

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	
--------------	--