

診察・検査依頼票 (FAX 送信用)

年 月 日

| | |
|---|--|
| 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216) FAX (0748)83-0590 | |
|---|--|

| | |
|--------|----------------------------|
| 貴医療機関名 | TEL () - FAX () - |
| 貴医師名 | (診療科) ご担当者名(「貴医師名」と異なる場合) |

患者様基本情報

| | | | |
|-------|-------------|-------|----------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | 男・女 | 大・昭・平・令・西 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 | | |
| | 番号 | | 福祉医療 |
| | 資格取得 | | |
| | 被保険者 | 本人・家族 | 紫香楽病院受診歴 |
| ご紹介目的 | | | |

| | | |
|------|------|-------|
| ご希望日 | 第1希望 | 年 月 日 |
| | 第2希望 | 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"/> 脳神経内科 <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) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ※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) |
| 検査依頼 | <input type="checkbox"/> 骨塩定量検査(DEXA法) | |
| | <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 |
|--------------|