

<紹介予約申込書>

(申込年月日:令和 年 月 日 時 分)

患者さんの同意のもと、この検査予約申込書を送ります。

岐阜清流病院 地域医療連携センター 行				電話	058(239)8515(直通)				
				FAX	058(239)8236(専用)				
依頼元			医師名		電話 ( )				
病院・医院			先生		FAX ( )				
フリガナ				性別	生年月日				
氏名				男・女	年	月	日生	( 歳)	
住所	〒				連絡先	( )			
保険者番号				記号・番号					
被保険者・世帯主氏名				資格取得年月日		S	H	R	年 月 日
受診者負担割合		窓口負担		割		有効期限 R 年 月 日			
乳・重・母				公費負担者番号					
上記の有効期限		R 年 月 日		公費受給者番号					
貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中				上記の有効期限		R 年 月 日			
診断名または症状 :				希望診療科・医師名					
受診希望日 :		第1希望 月 日		第2希望 月 日		<input type="checkbox"/> 希望日なし			
※ <input type="checkbox"/> にチェックをお願いいたします。									
<input type="checkbox"/> 診察		<input type="checkbox"/> 緩和ケア面談		<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 入院相談			
(来院される方: )		( )		( )		( )			
<b>【検査依頼】</b>				※造影の場合↓(どちらか)					
CT:		<input type="checkbox"/> 単純 部位 ( )		クレアチニン値		mg/dl			
		<input type="checkbox"/> 造影		eGFR		ml/min			
		※読影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
MRI:		<input type="checkbox"/> 単純 部位 ( )		※腹部の場合 臓器の指定↓をお願いいたします。					
		※読影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		肝臓 胆嚢・胆道 膵臓 腎臓 副腎					
				膀胱 前立腺 子宮・卵巣					
※PET-CT検査の予約申し込みはこちらの様式ではございません。									
<input type="checkbox"/> 胃カメラ		<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー		<input type="checkbox"/> エコー		部位 ( )			
<input type="checkbox"/> 骨密度測定		<input type="checkbox"/> 脳波							
※検査後診察の有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		← チェックをお願いします。			
<b>【処置依頼】</b>				<input type="checkbox"/> 胃瘻造設 <input type="checkbox"/> 胃瘻交換					

上記に関するお問い合わせは、岐阜清流病院 地域医療連携センター(下記番号)までお願いいたします。  
 平日 9:00~17:00、土曜日 9:00~12:00 電話 058(239)8515【直通】 FAX 058(239)8236【専用】