

<紹介予約申込書>

(申込年月日: 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"/> 緩和ケア入院相談 <input type="checkbox"/> 入院 (来院される方: )		
<b>【検査依頼】</b>		
CT: <input type="checkbox"/> 単純 部位 ( )		※造影の場合↓
<input type="checkbox"/> 造影		eGFR ml/min
※読影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		クレアチニン値 mg/dl
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。
<input type="checkbox"/> 造影		肝臓 胆嚢・胆道 膵臓 腎臓 副腎
※読影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		膀胱 前立腺 子宮・卵巣
<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"/> 肺機能		
※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】