

施設利用依頼票 兼 診療情報提供書

施設利用依頼票

ご希望日		医療機関名
第1希望	月 日	所在地
第2希望	月 日	医師名
第3希望	月 日	TEL FAX

ご希望の項目に☑・○印をつけて下さい

CT・MRI検査結果のご提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> フィルム
身長 cm	体重 kg	← MRI・造影検査・栄養相談の場合は必ずご記入下さい

- CT (単純・造影) : 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・インプラント・その他:
 MRI (単純・造影) : 頭部・頸部・頸椎・胸椎・腰椎・腹部・骨盤部・膝・その他:
 MRA (単純・造影) : 頭部・頸部・その他: MRCP (単純・消化管陰性造影)
 VSRAD 骨密度検査

造影検査をご希望の場合は3ヶ月以内の検査値をご記入下さい (MRCP消化管陰性造影の場合は不要)

検査日 年 月 日 s-Cre mg/dl または eGFR ml/分/1.73m2

※ 造影検査依頼でeGFR < 45ml/分/1.73m2の場合は単純撮影に変更させていただきます

- 胃カメラ 心エコー 腹部エコー
 栄養相談 ⇨ 病名 (糖尿病・脂質異常症・高血圧症・腎臓病・肥満症・その他)

診療情報提供書

<input type="checkbox"/> 公的医療保険		<input type="checkbox"/> 自賠	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 自費
受診者名	フリガナ		男	TEL
			女	-
生年月日	T・S・H・R		年	月 日 歳
住所	〒 -			

主訴又は診断名

--

経過および施設利用目的

	<input type="checkbox"/> 別紙参照
--	-------------------------------

JA愛知厚生連 稲沢厚生病院 地域医療連携課

TEL : 0587-97-2759 FAX : 0587-97-3833

受付時間

平日 8:30 ~ 19:00 (祝祭日・8/15・年末年始を除く)

申込方法

施設利用依頼票 兼 診療情報提供書をFAXでお送り下さい。
MRI・造影検査の間診票・承諾書も、お申し込みの際にご一緒にFAXをお願い致します。
予約が完了しましたら、折り返し予約票をFAXでお送り致します。