

施設利用依頼票 兼 診療情報提供書

《 施設利用依頼票 》

年 月 日

施設利用希望日	紹介元 医療機関名
第1希望 月 日	所在地 〒 -
第2希望 月 日	医師名
	TEL - - FAX - -

あてはまる項目に☑・○印をつけて下さい

C T・MRI 検査結果の提供 CD-R 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

C T (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

造影検査の場合は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です)

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 < 45 ml/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 ・ 女	TEL		
					-		
	生年月日	M · 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							

《 受付部署 》 地域医療連携課 (TEL) 0587-97-2759 (FAX) 0587-97-3833

《 お申し込み 》 「施設利用依頼票 兼 診療情報提供書」をFAXでお送り下さい

《 利用日時のご連絡 》 お申し込みいただいた内容に沿って日時を決定した後、折り返し受診予約票をFAXでお送りしますので、患者様にお渡し下さい

《 問診票・承諾書 》 各施設利用に必要な問診票・承諾書については、お申し込みの際にFAXしていただきますようお願い致します (日時の決定後でも結構です)

《 お問い合わせ 》 お電話にてご連絡下さい

※ 受付時間 : 平日 8:30 ~19:00 (土・日・祝日を除く)