

診察・検査予約依頼書 (FAX用)

受付日時 : 月~金 9:00~17:00 / 土 9:00~11:00 ※祝日休
(時間外・休日送信分につきましては翌受付日にご連絡申し上げます。)

■紹介先医療機関名

河北総合病院

【地域医療連携課 直通電話】

03-3339-2152

紹介元医療機関名 :

所在地 :

TEL :

FAX :

医師名 :

フリガナ		性別 男・女	生年月日 (西暦) 年 月 日 (才)
患者氏名	殿		

予約種類 (A~Fのいずれかより選択してください)

A. 外来診察 診療科 _____ 医師名 _____

B. CT・MRI 撮影部位 _____ ・造影 (有 ・ 無)

※造影検査時:直近の腎機能検査結果 (クレアチニン・BUN) をご記入ください。

クレアチニン () ・ BUN ()

※薬物アレルギー: (有 ・ 無) → 有の場合は薬物名 _____

※気管支喘息の既往: (有 ・ 無)

※MRI検査時チェックをお願いします。

①ペースメーカー (有 ・ 無)、②脳動脈瘤クリップ (有 ・ 無)

③体内金属 (有 ・ 無)、④入れ墨 (有 ・ 無)

C. 超音波検査 部位 (腹部 ・ 心臓 ・ 末梢血管 ・ 甲状腺 ・ 乳房 ・ 泌尿器)

D. 骨密度

E. 胃カメラ (経鼻内視鏡希望 する ・ しない)

※ブスコパン: (可 ・ 不可)

※抗凝固薬・抗血小板薬: (服用中 () ・ 服用なし ()

F. その他 ()

紹介目的

※ 詳細は紹介状へご記入くださいますようお願いいたします。

※ 受診・検査希望日/来院可能な複数の日もしくはご都合の悪い日・曜日をご記入ください。

希望日 第1希望 (月 日) 第2希望 (月 日) 第3希望 (月 日)

都合の悪い日・曜日 () ・ ()

※予約受付手続き後、診療検査予約票をFAXにて返送いたしますので、患者さんにお渡しく下さい。

※予約票の返送がない場合は、地域医療連携課までご連絡をお願いいたします。

※緊急時や入院要請は、地域医療連携課に直接お電話いただきますようお願いいたします。