

FAX:(072)754-6380

年 月 日

TEL:(072)754-6379

紹介先医療機関

市立池田病院

紹介元  
医療機関名

住 所

T E L

F A X

医 師 名

紹介先医師名 \_\_\_\_\_

市立池田病院来院歴	有・無	登録医番号		患者様への登録医の提示	する・しない
-----------	-----	-------	--	-------------	--------

フリガナ		男	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		女		年 月 日生( 歳)
住 所	TEL ( )			

傷病名	
紹介(検査)目的	
	入院希望( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

診察申し込み (検査のみの場合はこの欄の記入は不要)

受診科名	1.内科 2.消化器科 3.循環器科 4.外科 5.小児科 6.整形外科 7.眼科 8.産婦人科 9.皮膚科 10.泌尿器科 11.耳鼻いんこう科 12.歯科(口腔外科)→当日処置希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
*希望医師名		希望日	① 年 月 日	② 年 月 日		
緊急度	依頼日から 当日・1W・2W・3W・1ヶ月					

\*希望医師名は必ずしも必要ではありません。紹介内容により当方が専門医を選択します。

検査申し込み

X線診断	<input type="checkbox"/> CT撮影	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸、胸、腰、仙)		
	シンチ	<input type="checkbox"/> 全身骨シンチ		<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ	<input type="checkbox"/> その他	
	消化管造影	<input type="checkbox"/> 食道および胃透視		<input type="checkbox"/> 注腸透視		
	一般撮影	部位:		撮影方法:		
歯科撮影	<input type="checkbox"/> パノラマ		<input type="checkbox"/> セファロ	<input type="checkbox"/> 断層(部位 )		<input type="checkbox"/> 顎関節
乳房撮影	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		<input type="checkbox"/> 両方			
内視鏡検査	上 部	<input type="checkbox"/> 汎上部消化管		*できるだけ感染症のチェックをお願いします *生検不可となる薬剤(抗凝固剤、抗血小板剤など)の服薬の有無( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		
	下 部	<input type="checkbox"/> 全大腸 <input type="checkbox"/> S状結腸				
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部		<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> ( )		
呼吸機能検査	<input type="checkbox"/> スクリーニング					
脳波	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 睡眠			
循環器検査	<input type="checkbox"/> 心エコー		<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> トレッドミル		
*フィルムおよび所見の送付について、下より選んでください						
<input type="checkbox"/> 所見用紙のみでよい <input type="checkbox"/> 所見用紙と貸し出しフィルム希望 <input type="checkbox"/> 所見用紙とCD-R希望						
*都合の悪い月日、曜日があれば記載してください						
備考						