

市立池田病院診療予約申込書

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

科

住 所
T E L
F A X
医 師 名

紹介先医師名 _____

保険者番号									記号・番号		続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	----	---

フリガナ				男女	生年月日	大・昭・平・令	
患者氏名	-----			女		年 月 日生(歳)	
住所	〒 _____						TEL

主訴

紹介目的 ※診療情報提供書の添付をお願い致します。

入院希望(有 無)

※入院に関しては医師の判断になります。

診察申し込み (検査の場合はこの欄の記入は不要)

診療科名	<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 →当日胸部CT撮影 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)	
	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
	<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 眼科
	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科
	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 小児外科	
	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	→ 当日8番抜歯希望(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)		
希望日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

検査申し込み

※患者様に説明のうえ、放射線被曝を生じる検査・治療の同意を得た

放射線科	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 腹部	検査結果の送付について <input type="checkbox"/> 所見用紙のみ <input type="checkbox"/> 所見用紙とCD-R	
	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 四肢 (部位)		
			<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸、胸、腰、仙)	造影の場合は3ヶ月以内の数値をご記入下さい。クレアチニン値:_____ 採血日()	
	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 全身骨シンチ	<input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ	<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 腹部エコー		<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー		<input type="checkbox"/> 骨塩定量		
内視鏡センター	<input type="checkbox"/> 経口内視鏡		鎮静下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		抗血栓薬服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡					
<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡		<input type="checkbox"/> PEG交換→ <input type="checkbox"/> 型番前回同様 <input type="checkbox"/> 型番変更希望()				
神経内科	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査		<input type="checkbox"/> 脳波			
整形外科						
循環器内科	<input type="checkbox"/> 心エコー		<input type="checkbox"/> 腎動脈エコー	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー		
呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 肺機能検査					
総合内科	<input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 (ABI)					
希望日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	