

市立池田病院 診療予約申込書

FAX : (072) 754 - 6380

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

科

先生

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	(旧姓 :)	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (満 歳)
住 所	TEL		
主 訴			A D L <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレチャー
紹介目的	*診療情報提供書の添付をお願い致します		患者状況 <input type="checkbox"/> 外来患者 <input type="checkbox"/> 入院患者
希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可	月 日	月 日

診察申し込み (呼吸器内科診察の事前CT希望、乳腺外科診察申込みは、放射線の同意にチェックが必要です)

診 療 科 名	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 ●要チェック → 当日CT撮影 <input type="checkbox"/> 要(被爆同意へチェック) <input type="checkbox"/> 不要 <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)		
---------	---	--	--

検査申し込み (CT、骨塩定量、RIの申し込みには、放射線被爆の同意にチェックが必要です)

放 射 線 科	●要チェック → <input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> CT <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"/> MRCP	検査結果の送付
	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 四肢(部位)	<input type="checkbox"/> 所見用紙のみ
	造影の場合はCT3ヶ月以内、MR6ヶ月以内の数値をご記入下さい ルアチン値 : 採血日 :		<input type="checkbox"/> 所見・CD-R
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 全身骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> 線条体シンチ <input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ *負荷心筋血流シンチは循環器内科↓より選択ください			
消化器内科	<input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 ●要チェック →	鎮静下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> PEG交換 【ADL <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレチャー】 ●要チェック →	抗血栓薬服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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 <input type="checkbox"/> 負荷心筋血流シンチ (<input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 薬剤)		
脳神経内科	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査 NCS (末梢神経) <input type="checkbox"/> 脳波		
整形外科	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査 MCV (運動)		
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)		