

市立御前崎総合病院 外来受診・検査・栄養相談依頼申込書

紹介先 市立御前崎総合病院 患者支援センター 地域連携室 宛 直通電話 0537-86-8852 専用FAX 0537-86-8853	紹介元 所在地 医療機関名 医師名 電話番号 FAX番号
--	--

診療依頼 (診療依頼科、医師名、希望日をお書き下さい。)

項目	診療科	医師名	希望日
外来受診			

検査依頼 (画像、生理検査項目及び必要事項を、お書き下さい。)

※どの検査も身長・体重は必ず記入して下さい。 *女性の方:妊娠(有・無)

検査項目	部位(詳細に)	希望日	造影依頼	*患者データ
			単純 造影のみ 単純+造影 ダイナミック	身長 cm 体重 kg
病名・主訴	検査目的		読影依頼	データ報告
			有 無	CD-R ・ 紙 その他 ・ 無
☆造影検査を受けられる方で水分制限のある場合(透析患者等)は、以下の項目に○チェックしてください				本人渡し希望 有・無
造影検査後の生食 残破棄→する or しない				次回予約日 /

☆透析患者さんで、造影検査をご予約の方は以下の項目に○チェックしてください。

内シャント: 有・無 有の場合: 右手・左手

栄養相談 (栄養相談項目をお書き下さい。)

希望日	栄養指導依頼内容

患者情報 (患者氏名にはフリガナを記入願います) 御前崎病院受診歴(あり・なし) ※○をつけてください

(フリガナ) 患者氏名	生年月日	性別	電話
(旧姓:)		男 ・ 女	【自宅】 【携帯】 【勤務先】
住所	〒		
保険区分	通常・自賠責・労災・公災・療養費払い・その他()		
連絡事項			