

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、希望日をご記入ください)

| 項目 | 診療科 | 医師名 | 希望日 |
|------|-----|-----|-----|
| 外来受診 | | | |

検査依頼 (必要事項をご記入ください)

| 検査項目 | 部位(詳細に) | 希望日 | 造影依頼 | 次回予約 / : | 患者データ ※必須 |
|---|---------|-----------------|-------------------------------|----------|--------------------|
| CT ・ MRI エコー ・ 骨密度 その他() | | ※基本的に午後の検査となります | 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 結果 ※必須 |
| ☆ 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○をつけてください 造影検査後の生食 残破棄 → する or しない | | | | | 郵送 本人渡し |
| ☆ 透析患者さんで、造影検査をご予約の方は以下の項目に○をつけてください 内シャント: 有 ・ 無 有の場合: 右手 ・ 左手 | | | | | 妊娠 ※女性必須 有 ・ 無 |

外来栄養指導

| 栄養指導依頼 | 依頼内容 | 希望日 |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 有 (レ点チェック) | “栄養指導指示箋・指導記録”へ記入の上、合わせてFAXをお願いします | |

患者情報 (患者氏名にはフリガナもご記入ください) 御前崎病院 受診歴(あり ・ なし) ※○をつけてください

| | | | |
|------|-------------------------------------|----|---------|
| フリガナ | | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| 患者氏名 | (旧姓:) | | |
| 生年月日 | T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 (歳) | | |
| 連絡先 | 【自宅】 | | |
| | 【携帯】 (本人 ・) | | |
| | 【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 | | | |