

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	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			