

診 療 情 報 提 供 書

伊勢赤十字病院 診察・検査予約申込書 (FAX 送信票)

平成 年 月 日

紹介元	医療機関名		所在地						
	医 師 名 ①		TEL	-	-	FAX	-	-	
依 頼 項 目	診 察	<input type="checkbox"/> 医師指定		医師		<input type="checkbox"/> 指定なし		<input type="checkbox"/> 救急外来	
		<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 肝臓内科		<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科		<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	
		<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科		<input type="checkbox"/> 脳神経内科(神経内科)		<input type="checkbox"/> 脳血管内治療科	
		<input type="checkbox"/> 総合内科(専門科が特定できない患者様に対応)			<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病科		<input type="checkbox"/> 感染症内科(水曜以外)		
		<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 外科・乳腺外科		<input type="checkbox"/> 脳神経外科		<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
		<input type="checkbox"/> 呼吸器外科・心臓血管外科		<input type="checkbox"/> 産婦人科		<input type="checkbox"/> 頭頸部・耳鼻咽喉科		<input type="checkbox"/> 皮膚科	
		<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 精神科		<input type="checkbox"/> 緩和ケア内科		<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	
目 検 査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(部位)・血清クレアチニン値 md/dl】 (造影剤使用時記載: <input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬服用→ <input type="checkbox"/> 休薬指示、 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患、 <input type="checkbox"/> 気管支喘息)								
	<input type="checkbox"/> 核医学検査() <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ペースメーカー(MRI・胸部CT時)								
その他	<input type="checkbox"/> 栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 胃ろう交換 種類() サイズ()								
希 望 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ① 年 月 日 (曜日) ※希望にそえない場合が ② 年 月 日 (曜日) ありますのでご了承下さい。								
紹介目的 (傷病名) (既往歴) (症状経過) (治療経過) (現在処方)									

患 者 基 本 情 報	フリガナ						性別	被保険者氏名					続柄	
	患者氏名						男・女							
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)								
	住 所	〒 -												
	電 話 番 号	自宅 TEL (- -) 携帯 TEL (- -)												
	保 険 情 報	保険者番号												勤務先
		記号・番号						所在地						
		資格取得日						公 費						
		有効期限						番 号						
	現在貴院に <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 受診当日入院中の場合は、入院基本料のわかる書類をお持ち下さい。													
当院に受診歴 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (ある場合は当院患者番号)														