

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)

令和 年 月 日

紹介元	医療機関名	所在地					
	医師名 ⑩	TEL	-	-	FAX	-	-
患者情報	フリガナ		性別	*可能でしたら、保険証コピーを併せてFAX お願いします			
	患者氏名		男・女				
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)					
	電話番号	()					
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"/> 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 (火金のみ)	
		<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"/> ビグアニド系糖尿病薬服用 → <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。						
	予 約 方 法 <input type="checkbox"/> 医療機関を通して予約 <input type="checkbox"/> 患者本人 (家族) より予約						
紹介目的 (傷 病 名) (既 往 歴) (症 状 経 過) (治 療 経 過) (現 在 処 方)							