

# 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						
	医師名・印						
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 的	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)					
希 望 日	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( )					
		<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ありますので ② 年 月 日 ( 曜日) 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)							