

# 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	*事前予約制になりますので、この用紙を地域医療連携課へ 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
		<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 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 ) 】 ※造影の場合は右項目の記入をお願いします。 ⇒ 血清クレアチニン値 ( mg/dl) ・ eGFR ( %) ※下記項目の該当箇所に☑をお願いします。					
	<input type="checkbox"/> すべて該当無 <input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬服用 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内金属片【 詳細: いつ頃 ( ) 何を ( ) 部位 ( ) 】					
	<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					
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 ( ) ※患者記録カードを FAX ください。					
希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(希望に添えない場合がありますのでご了承ください)。 【 ①令和 年 月 日 曜日、②令和 年 月 日 曜日 】					
予約方法	<input type="checkbox"/> 医療機関を通して予約 ⇒ 【 患者在院状況 ⇒ <input type="checkbox"/> 待機中 <input type="checkbox"/> 待機していない 】 <input type="checkbox"/> 患者本人(家族)より予約⇒ (患者さんには別紙「伊勢赤十字病院あての紹介状をお持ちの患者さんへ」をお渡しいただき、直接電話にて予約をとるようお伝えください。)					
紹介目的	( 傷病名 ) ( 既往歴 ) ( 症状経過 ) ( 治療経過 ) ( 現在処方 )					