

受付時間: 平日 8:30~20:00 土曜 8:30~17:00
 電話: 072-221-6075 (直通)

診察・検査 紹介申込書

平成 年 月 日

紹介元病医院名 医師名 住所 電話 FAX	希 望 日		時 間 帯
	第1希望	月 日()	<input type="checkbox"/> 午 前
	第2希望	月 日()	<input type="checkbox"/> 午 後
	第3希望	月 日()	<input type="checkbox"/> 夕方以降
	<input type="checkbox"/> 何時でも良い		<input type="checkbox"/> 何時でも
送 迎*	<input type="checkbox"/> 必要 【送迎先: 自宅・紹介元医療機関 ADL: 自立・車イス(持ち込み 有・無)】 同乗者: 無・有(名) <input type="checkbox"/> 不要		

* ◎送迎対象者: 検査紹介の患者様 ◎送迎範囲: 堺市内のみ

フリガナ	性 別	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
患者氏名	男・女	年 月 日生 才
〒 — 電話番号 ()	現住所	

診 察 予 約		※ 緊急の場合はご連絡ください	
診療科	科	先生	診察 ・ 精査 ・ 入院
主訴 (紹介状送付でも可)			

検 査 予 約		
CT 検査	<input type="checkbox"/> 単純 部位 <input type="checkbox"/> 造影 部位	※ 造影検査の際は必ずご記入ください eGFR 値 (3ヶ月以内) 値 mL/min、採血日 /
MRI 検査	<input type="checkbox"/> 単純 部位 <input type="checkbox"/> 造影 部位	
骨塩定量検査 (DEXA法)	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎+股関節	
内視鏡検査	上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡	※ 必ずご記入ください 血液抗凝固剤服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (薬剤名) 鎮静剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 下部内視鏡 ※初回及び過去 3 年以内に検査を行っていない患者様には腹部 CT 検査が必要となります。	※ 必ずご記入ください 血液抗凝固剤服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (薬剤名) <u>ラキソ剤とマグミットの処方をお願いします</u> <u>致します。</u>
CGM(Libre Pro) (皮下連続式 グルコース測定)	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 結果説明有り	※ 必ずご記入ください 病型 <input type="checkbox"/> 1 型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2 型糖尿病 治療 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他
超音波	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 血管 (頸動脈・下肢静脈・下肢動脈)	
トレッドミル	<input type="checkbox"/> 運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 運動負荷試験+心エコー	
その他の検査	<input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> ABI・PWV	

※FAX受付は24時間可能、但し時間外受付分は翌日のお取り扱いとなりますのでご了承ください。