清恵会病院　地域連携室　行　　FAX：0120-34-8199（直通）

受付時間：平日 8：30～19：00　土曜 8：30～17：00

電　　話：072-221-6075（直通）

# 診察・検査　紹介申込書

年　月　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病医院名<br>医師名<br>住所<br>電話<br>FAX | | 希　望　日 | 時　間　帯 |
| | | ①　月　日(　) | □午前□午後□夕方□希望なし |
| | | ②　月　日(　) | □午前□午後□夕方□希望なし |
| | | ③　月　日(　) | □午前□午後□夕方□希望なし |
| | | □ 最短日 | □希望時間帯（　　） |
| 送　迎*<br>（開業医様対象） | □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）<br>同乗者：無・有（同乗者は原則 1 名様のみとなります）<br>□不要 | | |

＊ ◎対象患者：診察予約・検査予約患者様

| | | |
|---|---|---|
| フリガナ | 性　別 | 大・昭・平・令<br>年　月　日生<br>才 |
| 患者氏名 | 男・女 | |
| 〒　—　電話番号　（　） | | |
| 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 |
| 主訴（紹介状送付でも可） | | |

| 検　査　予　約 | | |
|---|---|---|
| CT 検査<br>（ 単純 ・ 造影 ）<br>（ 右・左・両 ） | □頭部 □頸部 □胸部 □腹部 □骨盤<br>□その他（　） | ※ 造影検査の際は<br>必ずご記入ください<br>eGFR 値（3 ヶ月以内）<br>値　：　mL/min<br>採血日：　/ |
| MRI 検査<br>（ 単純 ・ 造影 ）<br>（ 右・左・両 ） | □頭部 MRI＋MRA □頸動脈 MRA □頭頸部 □頸部<br>□腹部 □MRCP □骨盤 □頚椎 □胸椎 □腰仙椎<br>□肩関節 □肘関節 □股関節 □手関節 □手指<br>□その他（　） | |
| 骨塩定量検査<br>（DEXA法） | □腰椎＋股関節 | |
| 上部内視鏡検査 | □経口内視鏡　□経鼻内視鏡<br>※下部内視鏡検査は消化器内科の診察が必要となります。 | 血液抗凝固剤服用<br>□有（　）<br>□無<br>鎮静剤　□有　□無 |
| 超音波検査 | □心臓 □腹部 □血管（ 頸動脈・下肢静脈・下肢動脈 ） □甲状腺 | |
| 心機能検査 | □トレッドミル □24 時間ホルター心電図 | |
| 電気生理学的検査 | □筋電図検査<br>□神経伝導速度検査 □MCV 正中 □SCV 尺骨 | |
| その他の検査 | □脳波 □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。*