

受診/検査予約依頼書及び診療情報提供書

大阪医科薬科大学三島南病院

お申込日 年 月 日

地域医療連携室 行

医療機関名

高槻市玉川新町8-1 受付時間 (FAXは24時間受付)

医師名

TEL 072-677-1337(直通) 月~金曜日 9時から16時50分

TEL

FAX 072-677-3366(直通) 土曜日 9時から12時00分

FAX

※ご記入の上、受診/検査予約依頼書及び診療情報提供書、保険情報を当院までFAXしてください。

● 患者情報	
フリガナ	年 月 日 (歳) 性別 男・女
患者氏名	現住所 〒 - TEL - -

● 保険情報 ※保険情報のコピーをいただいた場合は記入不要です。			
保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	

傷病名
紹介目的
現在の処方

□ 受診予約				
☆ 希望受診日	☆ 希望医師があれば記入ください。			
第1希望 年 月 日 () :	() 医師			
第2希望 年 月 日 () :				
<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外来	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	()
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> リウマチ膠原病内科	

□ 検査予約					
☆ 希望検査日	※事前に電話をいただき、検査日が決定している場合は第1希望のみ記入ください。				
第1希望 年 月 日 () :					
第2希望 年 月 日 () :					
<input type="checkbox"/> 単純CT	<input type="checkbox"/> 単純+造影CT	<input type="checkbox"/> 造影CT	<input type="checkbox"/> 単純MRI	<input type="checkbox"/> 単純+造影MRI	<input type="checkbox"/> 造影MRI
※造影検査時は問診票が必要です。		※MRI 検査時は問診票が必要です。			
骨密度測定 →	<input type="checkbox"/> 腰椎+左股関節	<input type="checkbox"/> 腰椎のみ	<input type="checkbox"/> 左股関節のみ		
	<input type="checkbox"/> 腰椎+右股関節		<input type="checkbox"/> 右股関節のみ		
	<input type="checkbox"/> 腰椎+両股関節		<input type="checkbox"/> 両股関節のみ		
※金属インプラント挿入時(骨密度測定) 腰椎:金属部カット、股関節:反対側撮影(挿入側は中止)とします。別途指示等があれば「その他伝達事項」に記入ください。					
<input type="checkbox"/> 心臓エコー	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 頸部エコー	<input type="checkbox"/> その他()		

● 撮影部位	その他伝達事項

● 画像出力(DVD)	<input type="checkbox"/> 希望する → (<input type="checkbox"/> 紹介元へ郵送 <input type="checkbox"/> 患者様に手渡し)
※骨密度測定は結果を紙面にてお渡しさせていただきます。	

● 所見希望	<input type="checkbox"/> 希望する ※骨密度測定及びエコー検査は結果のみのお渡しとなります。
--------	--