

検査予約申込書 (FAX用)

紹介元医療機関名

医師名 _____

TEL _____

住所 _____

FAX _____

●受診希望日 第1希望 月 日 () 曜
 第2希望 月 日 () 曜

都合悪い日
 の希望や
 他

必須 患者情報	フリガナ		性別 男・女	
	患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
	〒	住所		
	TEL		富田林病院受診歴 あり・なし	
	保険情報	健康保険・生活保護・交通事故 (本人・保険会社)・労災		
	後期高齢指導料算定	あり・なし	<input type="checkbox"/> 24時間連携在宅患者	

診療情報提供書

必須 診療情報欄	傷病名及び主訴
	紹介目的及び治療経過 (* 診察・入院を目的とする場合は所定の診療情報提供書が必要です)

検査 申込 欄	CT・MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中内耳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ↓ (禁忌の確認) 喘息 腎機能障害	<input type="checkbox"/> MRI ↓ (不可) ペースメーカー 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他の部位 () 歯科[<input type="checkbox"/> インプラント (自費) <input type="checkbox"/> デンタル解析]
	透視検査	<input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> 食道・胃透視 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 中内耳 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他の部位 ()
	内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻 胃カメラ <input type="checkbox"/> PEG交換 () <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> その他 () 抗凝固剤服用 (有・無)	
	超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他 ()	
一般撮影	<input type="checkbox"/> 在宅レントゲン 部位 () <input type="checkbox"/> 骨密度測定 (DXA) <input type="checkbox"/> その他 ()		