

石切生喜病院 診察/検査 予約依頼書

科 _____ 医師 _____ (医師をご指定の場合は、医師名をご記入下さい。) 希望日： ① 月 日 () ② 月 日 () ③ いつでもよい 依頼項目： ・診察 ・MRI(単純) ・CT(単純) ・胃カメラ ・その他	紹介元医療機関の名称・所在地 (注) 必ずご記入ください。 医療機関名： 医師名： 所在地： TEL: _____ FAX: _____
--	---

病名： _____ 診察/検査目的： _____ **紹介状(診療情報提供書)も添えてご返信ください。**

●患者基本情報 (当院受診歴ある場合、IDも記載して下さい ID: _____)

フリガナ _____	生年月日 _____
患者氏名 _____ 様 男・女 _____	年 月 日 _____
住所 〒 _____	TEL _____

●保険情報 (保険情報は、ご記入いただくか、保険証等をFAXして下さい。)

被保険者証

保険者番号 _____	保険者・事業所名 _____				
記号・番号 _____	資格取得日 _____	被保険者との続柄	本人	家族	
被保険者氏名 _____	負担割合 _____	割 _____	有効期限 _____		

公費受給者票

負担者番号 _____	有効期限 _____	負担者番号 _____	有効期限 _____	受給者番号 _____	負担割合 _____	割 _____
受給者番号 _____	負担割合 _____	割 _____	受給者番号 _____	負担割合 _____	割 _____	割 _____

★MRI安全確認 必ずチェックしてください

ペースメーカー なし あり
金属製の装具 なし あり
体内金属の確認 なし あり⇒名称： _____ 部位： _____ MRI対応

●MRI検査部位

頭部 頸部MRA 頸椎 胸椎 腰椎 肝臓 両股関節 MRCP
膝(右・左) 肩(右・左) 子宮/卵巣 その他(_____)

●CT検査部位

ペースメーカー なし あり *ありの場合はペースメーカー手帳を検査当日にお持ちください。
妊娠 なし
頭部 副鼻腔 眼窩 鼻骨 側頭骨 頸部 胸部(肺縦隔) 上腹部 骨盤腔
上腹部～骨盤腔 頸椎 胸椎 腰椎 四肢(_____) その他(_____)

●胃カメラ

★安全確認 必ずチェックしてください。

感染症(直近3ヶ月)【 HBS HCV 梅毒 】 抗コリン剤使用【 可 ・ 不可 】
抗凝固剤服用【 あり ・ なし 】 薬剤名(_____)
抗凝固の継続 ・ 中止 (_____ 日前より) 検査目的【 _____ 】
生検【 可 ・ 不可 】 鎮静【 あり ・ なし 】 必ずご記入ください

※折り返し、予約票をFAX致します。患者さまに紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡し頂き、当日、初診受付に提出頂きますようお願い致します。

石切生喜病院 地域医療連携室
 直通TEL : 072-988-3284
 直通FAX : 072-988-3624

予約受付時間(祝日は除く)
 月～金 9:00～19:30
 土 9:00～12:00