

検査依頼票 (紹介状)

豊川市民病院 宛て

令和 年 月 日

(紹介元医療機関)

| | | | | | |
|-----|--------------------------------------------|-------|------|------|---|
| 希望日 | 第1希望 | 月 | 日() | 所在地: | |
| | 第2希望 | 月 | 日() | 名称: | |
| | <input type="checkbox"/> 診察日は病院の診療体制にゆだねる | 診療科: | | | 科 |
| | <input type="checkbox"/> 都合の悪い日があればご記入ください | 医師氏名: | | | |
| | TEL: | | | - | - |
| | FAX: | | | - | - |

●検査依頼はFAXでの受付に限ります。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|------|---|------|---|-------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | | | 現住所 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日() | 歳 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 保険者番号 | | | | | 公費種別 | 子ども・障害・母子父子・特疾・精神生保・その他() | | | | | | | | | |
| | 記号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 番号 | | | | | | 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| | 本人・家族 | 負担割合 | | | 割 | 受給者番号 | | | | | | | | | | |

豊川市民病院受診歴 有り(患者番号:) 無し 不明

現在の状況 通院中 入院中

検査項目 (口にチェックしてください。部位に左右がある場合は必ず記載してください。)

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> 単純 | <input type="checkbox"/> 造影あり※ | <input type="checkbox"/> 歯科用インプラント | <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> 単純 | <input type="checkbox"/> 造影あり※ |
| | └撮影時マウスピースの持参が必要 | | | *ペースメーカー装着ある場合はチェック→ <input type="checkbox"/> | | |
| | └撮影時マウスピースの持参が必要 | | | *CRT-P、CRT-D、ICDは撮影に対応していません。 | | |
| ※造影検査依頼の場合、『造影剤投与に関する確認票』を記入し、本書と共にFAXしてください。 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PET-CT | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 | <input type="checkbox"/> 大型血管炎 | <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス | | | |
| <input type="checkbox"/> RI | <input type="checkbox"/> 骨(HMDP) | <input type="checkbox"/> 腎動態(Mag3) | <input type="checkbox"/> 心筋(I-MIBG) | <input type="checkbox"/> 脳血流(ECD) | | |
| | <input type="checkbox"/> 甲状腺(Tc) | <input type="checkbox"/> 肺血流(MAA) | <input type="checkbox"/> ダクトスキャン検査 | | | |
| <input type="checkbox"/> 超音波検査 | <input type="checkbox"/> 頸部(頸動脈エコー除く) | <input type="checkbox"/> 腹部 | <input type="checkbox"/> 心臓 | <input type="checkbox"/> 下肢血管 | | |
| <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ | | <input type="checkbox"/> 骨塩定量(DEXA法) | | | |
| <input type="checkbox"/> トレッドミル | <input type="checkbox"/> ホルター心電図 | | | | | |

紹介状 依頼目的や症状の経過等を詳しくご記入ください。

- 別添のとおり
 医療放射線被ばくに関する説明と検査への同意有り ※CT・RI・PET-CT検査時は必須

●検査依頼に関するお問い合わせ・連絡先

病診連携室 FAX 0533-89-5108(平日8:30-19:00、土曜日9:00-13:00) TEL 0533-89-5825(平日8:30-17:00)

※以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

| | | | |
|------|-------------|-------|--------|
| 患者番号 | 患者情報・紹介情報登録 | 予約票送付 | 受診予約登録 |
|------|-------------|-------|--------|