

国家公務員共済組合連合会
斗南病院

平成 年 月 日

科 担当医

先生

代 表

011-231-2121

医療連携室 (直通)

011-231-2182

FAX 011-231-2185

下記患者についてよろしくお願ひします。

医療機関の所在地		FAX	
及 び 名 称			
電 話 番 号 (- -)			
医師・歯科医師氏名	(印)	科名	科
予約希望日	平成 年 月 日 (曜)	午前・午後	時 分
フリガナ			
患者氏名	様	電 話	性別 男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	生(歳)	
依頼項目	1. 受診 (外来・入院) 2. 検査 3. 手術 4. その他 ()		
コメント	当院受診歴 無・有(ID)		

診 療 科	1 血液内科	2 呼吸器内科	3 消化器内科	4 内分泌内科	5 循環器内科	6 リウマチ内科	7 外科	8 乳 腺 外 科	9 整 形 外 科	10 眼 科	11 耳 鼻 咽 喉 科	12 皮 膚 科	13 婦 人 科	14 生 殖 内 分 泌 科	15 泌 尿 器 科	16 腫 瘍 内 科	17 形 成 外 科	18 放 射 線 診 断 科	19 呼 吸 器 セ ン タ ー	20 消 化 器 病 セ ン タ ー
-------	-----------	------------	------------	------------	------------	-------------	---------	--------------	--------------	-----------	-----------------	-------------	-------------	-------------------	---------------	---------------	---------------	-------------------	---------------------	-----------------------

下記の検査予約も行っています。

内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管 部位 =	<input type="checkbox"/> 下部消化管 部位 =
M R I 検査	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部	造影剤 (要・不要)
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 肩(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節(両・右・左) <input type="checkbox"/> 膝(右・左)	
	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎、胸椎、腰椎) <input type="checkbox"/> その他()	
C T 検査	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 単純+造影
	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 単純
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎、胸椎、腰椎) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 造影
超音波	<input type="checkbox"/> 腹部スクリーニング (肝・胆・膵・腎・脾) 注目部位に○をつけて下さ <input type="checkbox"/> ドップラー法	
	<input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他	
患者の状態	* 歩行可・車イス・ストレッチャー * 付添い 無・有 (医師・看護婦・家族・その他) * 感染症 不明・無・有 (HBs抗原・HCV・ワ氏・MRSA) * 造影剤過敏 (無・有) ※CT造影検査併用注意薬剤 ビグアナイド系糖尿病用剤 (メルペン錠等) <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 48時間使用禁にします	
検査目的	* コピーフィルム <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 * CD-ROM <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	

* コピーフィルム又はCD-ROMは無料にて、撮影後患者様にお渡しします。
* 医療連携室は、平日の月～金8:30～17:15迄となっています。

患者様の詳細等については
診療情報提供書にて
お知らせ下さい。