

# 検査依頼票 (紹介状)

豊川市民病院 宛て

平成 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:
	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(平日8時30分から17時00分まで)に限ります。

フリガナ											男・女	現住所										
氏名																						
生年月日	明・大・昭・平	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・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	<input type="checkbox"/> 有り(患者番号: )	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明
現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	

検査項目 (□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"/> 単純 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 造影あり※ <input type="checkbox"/> 歯科用インプラント <small>↳撮影時マウスピースの持参が必要</small> <small>部位</small>	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影あり※ <small>※ペースメーカ装着ある場合はチェック→ <input type="checkbox"/></small> <small>※CRT-P、CRT-D、ICDは撮影に対応していません。</small> <small>部位</small>		
※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"/> 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"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 頸部 <small>(頸動脈エコー除く)</small>	<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"/> マンモグラフィー	<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

●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8:30-17:00、土曜日なし) 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
------	-------------	-------	--------