

病院 記入欄	カルテ ID : 有・無・5	備考	COPY	<input type="checkbox"/>
			ROUND	

## 《スーパー病診》市立吹田市民病院 診察・検査 依頼書

【送付先】地域医療連携部門 TEL : 06-6387-3805 (直通) FAX : 06-6387-3315 (直通)

【紹介元】 令和 年 月 日

### 受診希望日①

令和 年 月 日 ( 曜日 )  午前  午後

### 受診希望日②

令和 年 月 日 ( 曜日 )  午前  午後

医療機関名

住 所

医 師 名

T E L

F A X

担当者名

## 診 察

希望診療科	科	希望医師	医師
-------	---	------	----

## 検 査

※検査を希望される方はペースメーカーの有無を必ずお知らせ下さい。[  有  無 ]

※検査の返事 →  当日希望  翌日でも可能

放射線 検査	CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (部位 ) <input type="checkbox"/> CD-R 希望 <input type="checkbox"/> フィルム希望 MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (部位 ) ※造影検査を希望される場合はご記入下さい。 eGFR 値 : (採血日 : 月 日) ※CT・MRI 撮影後処置が必要と判断した場合 <input type="checkbox"/> 吹田市民病院で処置 <input type="checkbox"/> 紹介元に相談
	<input type="checkbox"/> DEXA (骨塩定量)
生理検査	<input type="checkbox"/> エコー ( <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 ) <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査
内視鏡 検査	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ( 胃十二指腸 ) <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> PEG 交換 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査 ( 大腸 ) ※ポリプが見つかった場合 <input type="checkbox"/> 吹田市民病院でポリペク <input type="checkbox"/> 紹介元に相談 ※外科的治療が必要な場合 <input type="checkbox"/> 吹田市民病院で手術 <input type="checkbox"/> 紹介元に相談
	※内視鏡時にセデーション (鎮静) を <input type="checkbox"/> 希望します (緑内障について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 希望しません

## 紹介目的 (簡単で結構ですのご記入をお願いします。 別紙参照)

※診療情報提供書 (紹介状) は受診日までに FAX と、当日の持参をお願い致します。

【患者情報】 \* 当院の受診歴が有る方は、氏名、性別、生年月日だけで結構です。 (カルテ ID : )

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏 名	(旧姓 : )	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 (年齢 歳) 年 月 日
住 所	〒 -	携 帯	- -
		自 宅	- -

\*個人情報の取扱いについて

当院では、診療及び病院の運営管理に必要な範囲においてのみ、患者様の個人情報を収集及び利用いたします。診療目的以外では、他の病院等への紹介、ご家族への病状説明、院内での症例研究、診療報酬の請求などに利用いたします。ご不明な点は、病院総務室 個人情報保護相談窓口までお問い合わせください。