**《ス－パ－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　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 | 医療機関名住所医師名TELFAX連絡先担当者 |  |
| 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 |

|  |
| --- |
| **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** |
| 放射線科 | CTMRI | [ ]  単純　[ ]  造影（部位　 　　　）[ ]  単純 [ ]  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）[ ]  **CD-R希望**[ ]  **フィルム希望** |
| ※ＣＴ・ＭＲＩ撮影後処置が必要と判断した場合　[ ]  吹田市民病院で処置　　[ ]  紹介元に相談 |
| [ ]  DEXA（骨塩定量） |
| 生理検査 | [ ]  エコー（ [ ]  腹部　[ ]  甲状腺　[ ]  心臓　[ ]  頚動脈 ）　[ ]  脳波 　[ ]  呼吸機能検査 |
| 内視鏡 | [ ]  上部内視鏡検査（ 胃十二指腸 ）　[ ]  経口　　[ ]  経鼻　　[ ]  PEG交換 |
| [ ]  下部内視鏡検査（大腸）※ポリープが見つかった場合　　[ ]  吹田市民病院でポリペク　[ ]  紹介元に相談※外科的治療が必要な場合　　　[ ]  吹田市民病院で手術　　　[ ]  紹介元に相談 |
| **※内視鏡時にセデーション（鎮静）を**[ ] **希望します（緑内障について**[ ] **無**[ ] **有）**[ ] **希望しません** |
| **紹介目的**（簡単で結構ですのでご記入お願いします。） |
| **※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 | [ ]  男　**・**　[ ]  女 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令　（年齢 |  | 歳） |
| （旧姓： |  | ） |  | 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。