**《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  TEL  FAX  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 | | CT  MRI | | 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。