

地方独立行政法人 市立吹田市民病院 診察・検査 依頼書

《スーパー病診》

平成 年 月 日

【紹介先】

市立吹田市民病院 患者支援センター
 地域医療連携
 TEL 06-6387-3805 (直通)
 06-6387-3311 (代表)
 FAX 06-6387-3315 (直通)

【紹介元】

医療機関名
住所
医師名
TEL
FAX

下記の方について (診察 検査) を依頼します。

診療情報提供書(紹介状)と保険証等は、本人が診察、検査日に持参します。

診 察	診療科	科	医師指定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (先生)		
	希望日	平成 年 月 日	(曜日)	(<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後)		
検 査	希望日	平成 年 月 日	(曜日)	(<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後)		
	[必ずご記入下さい ペースメーカー (有 ・ 無)]					
	<input type="checkbox"/> CT (部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	造影検査の場合 (eGFR) (採血日 月 日)		}
	<input type="checkbox"/> MRI (部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影			
	➡ CT・MRI撮影後処置が必要な場合 <input type="checkbox"/> 市民病院で処置 <input type="checkbox"/> 当院(紹介元)に相談					
	<input type="checkbox"/> エコー (腹部 ・ 甲状腺 ・ 心臓 ・ 頸動脈)					
	<input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	<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"/> 下部内視鏡検査 (大腸)					
	➡ ポリプが見つかった場合 <input type="checkbox"/> 市民病院でポリペク <input type="checkbox"/> 当院(紹介元)に相談					
➡ 外科的治療が必要な場合 <input type="checkbox"/> 市民病院で手術 <input type="checkbox"/> 当院(紹介元)に相談						
紹介目的 (簡単で結構ですので記入をお願いします。診療情報提供書は作成できましたら FAX をお願い致します)						
市立吹田市民病院 受診歴 (有 ・ 無) 交通手段 (徒歩・車・介護タクシー・救急車)						

【保険情報】

* 当院の診察券をお持ちの方は、氏名、性別、生年月日だけで結構です。

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

***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。