|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病院**  **記入欄** | | カルテID：　有　・　無　・　５ | | | | | | | | 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | COPY | | | |  | | |
|  | | | | | | | | ROUND | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **《ス－パ－病診》　市立吹田市民病院　診察・検査　依頼書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【送付先】地域医療連携部門　TEL：06-6387-3805（直通）　FAX：06-6387-3315（直通） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診希望日① | | | | | | | | | | | | | | | 【紹介元】 | | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　 午前　 午後 | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 受診希望日② | | | | | | | | | | | | | | | 医師名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| TEL | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　 午前　 午後 | | | | | | | | | | | | | | | FAX | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | 単純　 造影（部位 | | | | |  | | | ） | **CD-R希望** **フィルム希望**  ※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） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MRI | | | | 単純　 造影（部位 | | | | |  | | | ） |
| ※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  心臓  頚動脈 ）　 脳波  呼吸機能検査 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内視鏡  検査 | | | 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。　  **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 | | 男　**・**　 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |