|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。 |