

《スーパー病診》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

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

医療機関名

住所

医師名

TEL

FAX

連絡先担当者

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 ☐ 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。
	MRI ☐ 単純 ☐ 造影（部位 ）	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 ☐ 頸動脈） ☐ 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） 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。