

<紹介予約申込書>

(申込年月日: 年 月 日 時 分)

患者さんの同意のもと、この検査予約申込書を送ります。

岐阜清流病院 地域連携・入退院センター 行		電話 058 (239) 8515 (直通)
		FAX 058 (239) 8236 (専用)
依頼元	医師名	電話 ()
病院・医院	先生	FAX ()
フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	年 月 日生 (歳)
住所	〒	
連絡先	()	
保険者番号		記号・番号
被保険者・世帯主氏名	資格取得年月日	S・H・R 年 月 日
受診者負担割合	窓口負担 割	有効期限 R 年 月 日
乳・重・母	公費負担者番号	
上記の有効期限 R 年 月 日	公費受給者番号	
貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	上記の有効期限	R 年 月 日
診断名または症状 :	希望診療科・医師名	
受診希望日 :	第1希望 月 日	第2希望 月 日 <input type="checkbox"/> 希望日なし
※ <input type="checkbox"/> にチェックをお願いいたします。		
<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 緩和ケア入院相談 (来院される方:)	<input type="checkbox"/> 入院
【検査依頼】		
CT:	<input type="checkbox"/> 単純 部位 () <input type="checkbox"/> 造影 ※読影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※造影の場合↓ eGFR ml/min クレアチニン値 mg/dl
MRI:	<input type="checkbox"/> 単純 部位 () ※読影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※腹部の場合 臓器の指定↓をお願いいたします。 肝臓 胆嚢・胆道 膵臓 腎臓 副腎 膀胱 前立腺 子宮・卵巣
<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー	<input type="checkbox"/> エコー 部位 ()
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	<input type="checkbox"/> 肺機能	
※検査後診察の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	← チェックをお願いします。
【処置依頼】 <input type="checkbox"/> 胃瘻造設 <input type="checkbox"/> 胃瘻交換		

上記に関するお問い合わせは、岐阜清流病院 地域連携・入退院センター(下記番号)までお願いいたします。
平日 9:00~17:00、土曜日 9:00~12:00 電話 058(239)8515【直通】 FAX 058(239)8236【専用】