

診療・検査予約依頼票 (FAX 送付票)

FAX 052 - 611 - 1021 TEL 052 - 611 - 1122

依頼日 平成 年 月 日

(宛先)大同病院 ・ だいどうクリニック 地域医療センター宛

1 紹介元医療機関等

(医療機関名称、所属科、担当医師名、電話番号、FAX 番号) ゴム印の押印でも構いません。

2 ご依頼内容

診療科	科	科指定なしの場合	内科系	外科系
医師名	医師	予約希望日	平成 年 月 日	曜日
依頼内容	外来診療(診断のみ 診断+治療) 入院診療 放射線検査 生理検査 その他 コメント(ご依頼内容、依頼範囲、留意点を簡単にご記入下さい)			
放射線検査依頼内容	C T (単純・造影)(部位) M I (単純・造影)(部位) 注1)造影検査を希望される場合はご記入下さい。 <u>クレアチニン</u> mg/dL 腎機能が低下している方(血清クレアチニン 1.5mg/dL 以上)は造影検査をお受けいただけません。 注2)気管支喘息のある方は、原則造影検査はお受けいただけません。			
	R I (検査項目) マンモグラフィ			
生理検査依頼内容	心臓超音波検査 頸動脈超音波検査 腹部超音波検査 甲状腺超音波検査	心電図 ホルター心電図 トレッドミル運動 負荷検査 肺機能検査	ABR (聴性脳幹反応) 脳波 脳波 (小児) トリクロ服用(要・不要) 体重(kg)	

3 患者様基本情報 【 紹介医療機関で 入院中 通院中 】

フリガナ		性別	男女
患者氏名			
生年月日	明大昭平 年 月 日(歳)		
TEL(連絡のつく番号)			

4 お知らせ

- (1) 診療・検査予約日時は折り返し、FAX でお返事しますので、しばらくお待ち下さい。
- (2) FAX での診療予約、検査予約は平日の8時30分から午後8時迄です。土曜日は午後2時迄です。
- (3) 平日午後8時までは地域医療センターの職員が常駐しておりますので、予約以外のことでも直接ご連絡下さい。午後8時以降は救急センターが対応いたします(救急センターTEL:052 - 611 - 8614)。