

FAX用予約申込書兼紹介状

一宮市立市民病院長 宛

FAX:(0586)28-7058
TEL:(0586)71-1933
 平日8:30～19:00 土曜8:30～12:30
 送付先:地域医療連携室

医療機関名
 診療科及び
 医師名
 医療機関住所
 電話番号
 FAX番号

第1希望	月	日	第2希望	月	日
ふりがな					性別
患者氏名					男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	年齢 歳
受診歴	あり (ID番号: ※おわかりであればご記入ください。) ・ なし				
住所	〒				
電話番号			携帯番号	※おわかりであればご記入ください	
診察・検査の目的					<input type="checkbox"/> 別紙紹介状を参照ください
主訴・診断名					
現病歴及び所見 (既往歴・家族歴・病状経過・検査結果・治療経過・現在の処方等)					

①診察予約

<input type="checkbox"/> 診察	科	医師	<input type="checkbox"/> 医師の指定なし
-----------------------------	---	----	----------------------------------

②検査予約 (体重・ADLについてもご記入ください。)

<input type="checkbox"/> CT	単純 ・ 造影※ ・ 単純+造影※
	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 上腹部 ・ 骨盤部 ・ その他 ()
<input type="checkbox"/> MRI	単純 ・ 造影※ ・ 単純+造影※ ・ MRA
	頭部 ・ 頸椎 ・ 頸部 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 乳腺 ・ その他 ()
<input type="checkbox"/> RI	骨 ・ その他 ()
<input type="checkbox"/> GIF	抗凝固剤の服用 なし ・ あり (薬剤名:)
備考	血清クレアチニン値: (mg/dl) またはeGFR ()
	体重: _____ Kg ADL: 自力歩行可能 ・ 車椅子 ・ その他 ()

※CT・MRIの造影のご依頼時には血清クレアチニン値もしくはeGFRについてもご記入ください。

※ビグアイド系糖尿病薬はヨード系造影剤との併用に注意が必要であり、検査日を含めて前後5日間の休薬をお願いします。