

# 稲沢市民病院紹介患者予約依頼票(病診予約用)

地域医療連携室 行

FAX 0587-33-5022

TEL 0587-33-5021

令和 年 月 日

ご紹介医療機関

TEL

FAX

(フリガナ) (性別) (生年月日)  
 患者氏名 様 男・女 明・大・昭・平・令  
 年 月 日生

☆「住所・生年月日」が確認できる保険証のコピー等送付いただく場合は、「住所・生年月日」の記入は不要です。

(〒 - ) 連絡先  
 住 所 ( ) -

予 約  
 希 望 日

第1 令和 年 月 日 その他( )  
 第2 令和 年 月 日 特になし

患者本人が予約(□にレ点を付けてください。) ※検査の予約はできません。

診療科  
受診科に○印を付けてください。

内科 [循環器 消化器 糖尿病・内分泌 神経 呼吸器 血液 腎臓 老年]  
 小児科 外科 整形外科 脳神経外科 [脊椎 脳疾患] 医師名  
 皮膚科 泌尿器科 眼科 婦人科 耳鼻咽喉科 歯科口腔外科

放射線  
 検 査  
□にレ印を付けてください。

C T単純 ・  C T造影 (部位: )  
 \*造影検査の場合 [クレアチニン mg/dl]  
 \*造影検査の場合 ビグアナイド系糖尿病薬は休薬をお願いします。  
 (検査前～造影剤投与後48時間)

※事前に準備が必要になる場合がございますので、必ずご確認をお願いします。  
 ・心臓ペースメーカ(有・無)  
 「有」の場合、ペースメーカ及びリードのモデル番号の確認が必要なため、恐れ入りますが、ペースメーカ手帳またはカードの写しをお願いします。  
 ・金属類の有無 (有・無)

MRI単純 (部位: )  VSRAD  MRCP  
 MRI造影 (部位: )  EOB  
 \*造影検査の場合 [クレアチニン mg/dl]

超音波検査 (腹部) \*検査結果提供又は内科受診で結果説明  
 超音波検査 (心臓) \*後日循環器内科医師のレポート送付  
 シンチ (検査名: )  
 骨密度検査 (部位: 前腕(右・左)・腰椎・大腿骨(右・左))  
 読影  放射線科医師  不要

生 理  
 検 査  
□にレ印を付けてください。

脳波検査(眠剤 有・無 )  
 肺機能検査  
 A B I (足関節/上腕血圧比)  
 誘発筋電図[神経伝導速度測定] MCV・SCV ( )神経 両側・左・右

内視鏡  
 検 査  
□にレ印を付けてください。

上部消化管  下部消化管  
 抗血栓薬 薬品名( ) [服用中・ / から中止]

☆ 情報提供書(紹介状)につきましては予約日前日までにFAXしていただきますようお願いいたします。