

紹介状(診察・検査予約)

小牧市民病院長 様

紹介日	平成 年 月 日			
医療機関名				
紹介医師名	印			
住所				
TEL	-	-	FAX	-

下記患者様について、診察予約等を申し込みます。

ふりがな				生年月日	性別
患者様氏名	様			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 明治 年 月 日生	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒 -				
小牧市民病院のID番号				TEL	- -
予約希望日	第1希望	平成 年 月 日 ()	第2希望	平成 年 月 日 ()	

紹介先医師	科	医師	<input type="checkbox"/> 医師指定なし
紹介目的			
臨床診断			
現病歴 検査結果 現在の処方 等			

予約種別 (□にシを付してください)			
<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 一般内 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 循内 <input type="checkbox"/> 消内 <input type="checkbox"/> 呼内 <input type="checkbox"/> 腎内 <input type="checkbox"/> 糖内 <input type="checkbox"/> 内分泌 <input type="checkbox"/> 神経内 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳外 <input type="checkbox"/> 整外 <input type="checkbox"/> 産婦人 <input type="checkbox"/> 耳鼻 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 泌尿 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 形成 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 心外 <input type="checkbox"/> 呼外 <input type="checkbox"/> 歯口腔 <input type="checkbox"/> 緩和		
<input type="checkbox"/> CT	部位 <input type="checkbox"/> 頭部・顔面・頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 脊椎 手法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影	お渡し方法	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム
<input type="checkbox"/> MRI	部位 <input type="checkbox"/> 頭部・顔面・頸部 <input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 血管 手法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	* 同時に消化器内科の診察予約もお取りします。		
<input type="checkbox"/> 胃カメラ	事前検査結果	HCV <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	HBsAg <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 梅毒 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
<input type="checkbox"/> 胃透視	CD要望	<input type="checkbox"/> 要望する <input type="checkbox"/> 要望しない * 同時に消化器内科の診察予約もお取りします。	
<input type="checkbox"/> 心エコー	* 同時に循環器内科の診察予約もお取りします。		
<input type="checkbox"/> 骨塩定量	部位	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨	
RI検査	* 直接RI検査室でご予約ください。(TEL 0568-76-4131 内線 2273)		

送付先: 病診連携室 FAX 0568-74-4516 TEL 0568-76-1434(平日8:30~17:00)

紹介状(続紙)

ふりがな	
患者様氏名	様
現病歴 検査結果 現在の処方 等	