

＜紹介元医療機関情報＞

依頼日 年 月 日

医療機関名：
医 師 名：
連 絡 先：(TEL) — — (FAX) — —

＜診察依頼＞

傷病名・紹介目的 （部位・症状等　簡単に結構ですので、必ず記入をお願いいたします。） ☐地域連携パス使用中（種類：　　　　　　　　　） ☐入院中																										
入院希望 （注）当院には、開放型病床はありません。 ☐ なし ☐ あり（受診後に決定） ※精神科は予め下記宛てにご連絡願います。																										
希望診療科 （希望診療科に印を付けてください。）															希望医師名								医師			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	血液内科	糖尿病内分泌内科	腎臓内科	脳神経内科	腫瘍内科	小児科	精神科	皮膚科	消化器外科	乳腺・小児・一般外科	形成外科	心臓血管外科	呼吸器外科	整形外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	母子女性診療科	泌尿器科	眼科	麻酔科	ペインクリニック科	放射線科	歯科口腔外科	総合診療科
診察希望日				① 月 日（ ） ② 月 日（ ） ③ ☐ いつでもよい																						
診察緊急度				依頼日から ☐ 当日 ☐ １週間以内 ☐ ２週間以内 ☐ １ヶ月以内																						

＜検査依頼＞

検査名・検査目的 （部位・症状等）	CT 検査時 ペースメーカ・ICD □なし □あり MRI 検査時 ペースメーカ・ICD □なし □あり その他の体内金属 □なし □あり
・造影：□なし □あり ・（PET 検査を依頼される場合のみ） CT ・ MR 検査：□済 □未実施	
検査希望日	① 月 日 （ ） ② 月 日 （ ） ③ □いつでもよい
感染症検査	□未実施 □実施済（実施項目及び結果をご記入ください。） □HbsAg （ ） □HCV （ ） □TPHA （ ） □MRSA （ ） □その他 （ ）
その他 （連絡事項等）	重要：MR 対応型であっても、植込み型のペースメーカや除細動器（ICD）が体内に入った患者さんの MRI 検査依頼を直接お受けすることはできません。

*FAX での受付は平日 8:30~19:00、土曜日 9:00~12:30（祝祭日、年末年始（12月29日から1月3日）を除く）です。
時間外の受信については翌日（平日）に返信いたします。土曜日はFAX のみの対応となり、お電話での対応はいたしかねます。

＜患者基本情報＞

フリガナ			旧姓	性別	生 年 月 日
患者氏名				☐ 男 ☐ 女	年 月 日 () 歳
住 所 連 絡 先	〒 ー (TEL) ー ー				
本院受診歴 (ご協力ください。)	☐ なし ☐ あり (診察券番号: ー ー) ☐ 不明 本院は、全科共通1患者1診療録、診察券番号は永久使用で運用しております。				

＜保険証情報＞事前に診療録を準備させていただきますので、保険情報または保険証のコピーをお願いいたします。

保険者番号								公費受給者証									
記号								番号									
番号								福祉医療券									
被保険者区分	☐ 本人 ☐ 家族							番号									
患者負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割							一部負担金	☐ なし ☐ あり								

＜問合せ先＞

平日8:30~19:00	左記以外(時間外・休日・年末年始)救急対応のみ
患者支援センター (TEL) 077-548-2515 (直通)	救急受付(各科当直医が対応) (TEL) 077-548-2770 (直通)