

大阪鉄道病院（診療・検査予約依頼書）

紹介元医療機関情報		平成 年 月 日
住 所		大阪鉄道病院 地域医療連携室 TEL: (06) 6628-2242 FAX: (06) 6628-4707
医療機関名		
紹介医師名 先生		
電話番号 ()		
FAX ()		

フリガナ		男	生	明 大 昭 平		
患者氏名	様	・	年	年	月	日
住 所	(〒 -)	女	月		満	歳
			日			
				電話番号 ()		

大阪鉄道病院受診歴		負担割合 () 割	
<input type="checkbox"/> あり 診察券番号 _____		一部負担金助成 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	
<input type="checkbox"/> なし			
保険者番号		公費負担番号	
記号・番号	・	受給者番号	
続 柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族		

主病名・合併疾患
紹介目的 (必ずご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 診療申込	希望受診科
	希望医師 <input type="checkbox"/> 有 (医師名) <input type="checkbox"/> 無

<input type="checkbox"/> 検査申込 ※画像データ(CD-R) : <input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> フィルム必要
<input type="checkbox"/> CT 部位 () 撮影条件 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任)	
<input type="checkbox"/> MR I 部位 () 撮影条件 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任)	
<input type="checkbox"/> MR A 部位 (頭・頸)	<input type="checkbox"/> MRCP
<input type="checkbox"/> RI [<input type="checkbox"/> 骨シンチ ・ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ]	
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡
<input type="checkbox"/> 心臓超音波	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー
<input type="checkbox"/> 頸部ドプラ	<input type="checkbox"/> サーマグラフィー
<input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー	

入院希望がある場合 (何れかにチェック)	<input type="checkbox"/> 当日対応希望	<input type="checkbox"/> 診療時の相談による
----------------------	---------------------------------	------------------------------------

紹介目的終了後の診療方針 (何れかにチェック)		
<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関	<input type="checkbox"/> 大阪鉄道病院	<input type="checkbox"/> 相談により決定する

(ご注意) X線使用検査時の妊娠の有無、MRI検査時の体内金属(ペースメーカー等)の有無、内視鏡検査時における抗血栓薬の使用について、ご確認ください。

予約希望日	
<input type="checkbox"/> 指定なし	第一希望 年 月 日
<input type="checkbox"/> 指定あり	第二希望 年 月 日
	第三希望 年 月 日
	希望が通らない時 曜日希望