

診察・検査予約依頼書（FAX用）

受付時間 月～土曜日 8時30分～17時00分
 （時間外・休日送信分につきましては翌早朝にご連絡申し上げます。）

■紹介先医療機関名
 河北総合病院

地域医療連携課 直通電話
 03-3339-2151
 03-3339-2152

紹介元医療機関名	:
所在地	:
(TEL)	:
(FAX)	:
医師名	:

フリガナ		性別	生年月日（西暦）
患者氏名	殿	男・女	年 月 日 (才)
予約種類（A～Fのいずれかの一項目を○で囲って下さい） A. 外来診察 診療科_____ 医師名_____ B. CT・MRI 撮影部位_____ ・造影（有・無） ※造影検査時：直近の腎機能検査結果（ <u>クレアチニン・BUN</u> ）をご記入下さい。 クレアチニン（ ）・BUN（ ） ※薬物アレルギー：（有・無）→ 有の場合は薬物名_____ ※気管支喘息の既往：（有・無） ※MRI検査時チェックをお願いします。 ①ペースメーカー（有・無）、②脳動脈瘤クリップ（有・無） ③体内金属（有・無）、④入れ墨（有・無） C. 超音波検査 部位（腹部・心臓・末梢血管・甲状腺・乳房・泌尿器） D. 骨密度 E. 胃カメラ（経鼻内視鏡希望 する・しない） ※ブスコパン：（可・不可） ※抗凝固薬・抗血小板薬：（服用中（ ））・服用なし（ ） F. その他（ ）			
紹介目的 ※ 詳細は紹介状へご記入下さいますようお願いいたします。			
※ 受診・検査希望日／来院可能な複数の日もしくはご都合の悪い日・曜日をご記入下さい。 希望日 第1希望（ 月 日）第2希望（ 月 日）第3希望（ 月 日） 都合の悪い日・曜日（ ）・（ ）			

※予約受付手続き後、診療検査予約票をFAXにて返送いたしますので、患者さんにお渡し下さい。
 ※予約票の返送がない場合は、地域医療連携課までご連絡お願いいたします。

※緊急時や入院要請は、地域医療連携課に直接お電話頂けますようお願い致します。