

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 男・女	生年月日（西暦） 年 月 日 (才)
患者氏名	殿		

予約種類（A～Fのいずれかより選択してください）

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（クレアチニン・BUN）をご記入ください。

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くだ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・曜日をご記入ください。

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、患者さんにお渡しく下さい。

※予約票の返送がない場合は、地域医療連携課までご連絡をお願いいたします。

※緊急時や入院要請は、地域医療連携課に直接お電話いただきますようお願いいたします。