　　京都桂病院　地域医療福祉連携室行　　　　　　　　　　　　　　　申込日：令和　　　年　　　月　　　日

**紹介患者様事前受付FAX用紙（検査依頼）**

|  |  |
| --- | --- |
| ①紹介元医療機関名 | ③電話番号 |
| ④ＦＡＸ番号 |
| ②御担当医師名  先生 | ⑤送信者御氏名 |

　　●希望日

|  |
| --- |
| ・第一希望　　　　　月　　　　日（　　　　）　　　・ 第三希望　　　　　月　　　　日（　　　　）  ・第二希望　　　　　月　　　　日（　　　　）　　　 特になし |

　　●検査依頼　該当の項目にチェックおよびご記入をお願いします。

**放射線検査**　※希望される画像出力方法（どちらか一つをお選び下さい）[ ＣＤ・フイルム ]

ＭＲＩ　撮影部位（　　　　　　　　　　　） [ 単純・造影 ]

**＊造影剤　要の場合**

血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ　　　　　　mg/dl

測定日　　　　/　　　/

※予約時に検査されていない場合は当日までにご準備ください。

　　　　　・心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　［ 有・無 ］

　　　　　・脳動脈ｸﾘｯﾌﾟ　　[ 有・無 ]

ＣＴ　　撮影部位（　　　　　　　　　　　） [ 単純・造影 ]

　　　　　・造影剤（要）の場合　ビグアナイド系糖尿病薬　[ 有・無 ]

ＲＩ　　検査種別： 骨シンチ・脳血流シンチ・その他（　　　　　 　　　　　　　　　　）

骨塩定量（ＤＸＡ法）

**内視鏡・超音波検査**※画像データのＣＤ希望　[ なし（レポートのみ）・あり（レポート+ＣＤ） ]

上部消化管内視鏡　（鎮静希望あり）

下部消化管内視鏡　（鎮静希望あり　、　在宅洗腸　）

腹部超音波　　　　※オープン検査依頼は腹部のみです。その他は該当の診療科へご紹介ください。

　　●患者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 生　年　月　日 | |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 大・昭  平・令 | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　）　　　　－ | | | |
| 当院受診歴 | 有（ＩＤ　　　　　　　　　　　　）・無 | | 貴院では | 外来通院中・入院中 |

　被保険者情報（任意）：記入省略のため、保険証またはカルテのコピーを同時にFAX可。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  | 公費 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号 |  | | | | 番号 | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者 | | | 本　人　・　家　族 | | | | | | | | 交付年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 資格取得年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 負担割合 | | ０ ・ １ ・ ２ ・ ３ ・ １０ 割 | | | | | | |
| 有効期限 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  | | | | | | | | |

　●お問い合わせ先

　　京都桂病院　地域医療福祉連携室

　　受付時間：平日８：３０～２０：００（木曜日は１７：３０まで）※ＦＡＸ受信は２４時間可

　　ＴＥＬ：０１２０－０１－９９９１　０７５－３９２－９９１５

　　ＦＡＸ：０７５－３９３－８１０１

＊ ＦＡＸ受信後、折り返し「受診日のお知らせ」と「検査注意事項」をＦＡＸ送信させていただきます。（2022.10改訂）