

診 察 ・ 検 査 申 込 書

< 紹介元医療機関情報 >

令和5年3月改訂

医療機関名	TEL
診療科名	医師名 FAX

< 診察依頼 >

診療科	・緩和ケア入棟登録又は症状緩和（主科との同時紹介時のみ）をご希望の場合は緩和ケア科へ ・内視鏡検査をご希望の場合は消化器内科へ		
希望医師名	紹介依頼目的（病名や症状）	画像データ（CD-R等） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 枚	
診察希望日	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
<input type="checkbox"/> コロナ後遺症外来依頼（希望日： 月 日）※記入がない場合は一番早い日時でお取りします。 コロナ後遺症外来をご希望の場合は□に✓し、以下の中から主訴を1つ○で囲んでください。その他の症状は診療情報提供書にご記載ください。			
疲労感・倦怠感、関節痛、筋肉痛、咳、喀痰、息切れ、胸痛、脱毛、記憶障害、集中力低下、頭痛、抑うつ、嗅覚障害、味覚障害、動悸、下痢、腹痛、睡眠障害、筋力低下			

< 検査依頼 >

MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> MRA	部位：
	CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	
MRI、CT	<input type="checkbox"/> (セット) <input type="checkbox"/> 頭部MRI (VSRAD) +脳SPECT <input type="checkbox"/> CT単純（頭部）+脳SPECT (必須) ICD、CRT-D、ペースメーカー植込み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (造影の場合必須) 3ヶ月以内の腎機能検査結果 (eGFR又はクレアチニン) を添付お願いします			
RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 腎動態MAG3 <input type="checkbox"/> 腎静態DMSA <input type="checkbox"/> 他シンチ () <input type="checkbox"/> 脳SPECT (必須) <input type="checkbox"/> 脳血流IMP <input type="checkbox"/> 心筋血流MIBG <input type="checkbox"/> DATスキャン (イオフルパン)			
	PET	<input type="checkbox"/> FDG-PET <input type="checkbox"/> その他 () 検査目的： ()		
骨塩定量	<input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 腰椎+右大腿部 <input type="checkbox"/> 腰椎+左大腿部			
超音波	<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 下肢エコー			
心電図	<input type="checkbox"/> ホルター心電図			
検査希望日	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日	

< 患者基本情報 >

ふりがな	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
住所 〒 -	連絡先 - -

受診日の対応をスムーズにするため以下の点にお答えください。

- ・ 本院診察券の有無
 有 (診察券番号) 無
- ・ 当日受診予定【複数選択可】
 本人受診 家族のみ受診 入院中受診 (貴院入院中の場合✓)
- ・ 保険情報
 健康保険 生保 自賠責 労災 その他 ()
- ・ 外国の患者さんの場合【複数選択可】
 日本語読み書きができる 受診時に通訳同伴有 左記該当なし又は不明