

別紙 記入例

滋賀県立総合病院 前方連携 あて (FAX: 077-582-9712)

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	●●クリニック	TEL	077-●●●●-●●●●
診療科名	●科	医師名	●● ●●
		FAX	077-●●●●-●●●●

<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

コロナ後遺症外来依頼（希望日：3月15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 <input type="checkbox"/> 冠動脈CT（造影）	
MRI, CT	(セット) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+頸部 <input type="checkbox"/> CT単純(頭部)+MSPECT	
RI	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 脳	
PET	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 他	
骨塩定量	<input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 手	
超音波	<input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 他	
心電図	<input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> 他	
検査希望日	第	日

コロナ後遺症外来依頼欄を追加しました。
 ・□コロナ後遺症外来依頼に✓。
 ・希望日があれば記入してください。
 ※最短をご希望の場合は記入不要です。
 ・主訴を1つ○で囲んでください。
 【備考】
 コロナ後遺症外来を予約する場合は、<診察依頼>
 <検査依頼>欄への記入は不要です。

<患者基本情報>

ふりがな	そうごう たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	総合 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 60年 1月 1日
住所 〒	524-0000 滋賀県〇〇市〇〇町	連絡先	077-〇〇〇-〇〇〇〇

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 1234567) 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