

小倉記念病院診察申込書 兼 医療連携室利用票(患者様控)

申込日 令和 年 月 日

受診科

科 先生

医療機関名

所在地

受診希望日 有 ・ 無 ・ 最短日

TEL

令和 年 月 日

FAX

医師名

予約日時のご連絡は、ご紹介元(医療機関)へ差し上げております。ご担当者名をご記入ください。

ふりがな	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	
患者様氏名		男	年 月 日 歳
様		女	
旧姓			
患者様住所	電話番号		

※ 保険情報は、保険証をFAXしていただいても結構です。

保険者番号		公費番号等すべて記入をお願いします。	
被保険者記号番号			
被保険者名 (世帯主名)			
被保険者との続柄 ○をおつけ下さい	本人 ・ 家族	母子の方は負担金	¥
		本人負担割合	割
小倉記念病院での受診歴(他科含め)		有 ・ 無	
貴院での入院状況(受診希望日現在)		外来 ・ 入院中	
入院中の方	入院日 R . . ~	科	種類(例:一般病棟) 病棟
画像データ	有 ・ 無	CD-R (枚)	フィルム (枚)

(お願い)

- 事前にカルテ作成の準備をさせていただきたいと思いますので、お手数ですが、患者様の氏名・生年月日・性別・住所・電話番号・保険証記号番号(主保険・従保険)を記入してFAXしてください。
- FAX受領後予約日時を電話にて折り返します。患者様へお伝えください。
受診当日、「小倉記念病院診察申込書・医療連携室利用票(患者様控)」、「(以下利用票)」「健康保険証・各種医療証」「診療情報提供書(紹介状)」「お薬手帳」「当院診察券をお持ちの方は診察券」をご持参いただき、「利用票」を2階新患受付設置の「黄色の箱」に入れていただくようお願いいたします。

小倉記念病院 代表 093-511-2000
医療連携課 専用FAX 0120-020-027

お願い

月曜日～金曜日 17:00以降の受診や休診日の救急受診については、
この申込書のご利用はできませんのでご注意ください。

診療情報提供書

小倉記念病院

令和 年 月 日

受診科

科

先生

医療機関名

所在地

T E L

F A X

医師名

ふりがな 患者氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
患者住所		電話番号

症病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
 2. 必要がある場合は画像データ、検査データを添付してください。

小倉記念病院 検査申込書

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

患者氏名

様

希望日	第一希望 年 月 日	第二希望 年 月 日
-----	---	---

<input type="checkbox"/> CT	部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 単純	
		<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 放射線科 医師に一任	※3カ月以内の腎機能データー (※必須) ・eGFR() ・クレアチニン() ※ピグアナイド系糖尿病服用(有 ・ 無) ※アレルギー体質(有 ・ 無) ※過去に造影剤副作用(有 ・ 無) ※気管支喘息(有 ・ 無) ※甲状腺機能亢進症(有 ・ 無) ※腎機能低下(有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> MR	部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ※(右・左)含め、 具体的に記載下さい <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 150px; margin: 10px auto;"></div> <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 単純	
		<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 放射線科 医師に一任	※3カ月以内の腎機能データー (※必須) ・eGFR() ・クレアチニン() ※該当項目に○を、お願いします。 ・MR対応ペースメーカー ・体内金属片 ・心臓人工弁 ・脳動脈瘤クリップ ・人工骨関節等 ※MRは、一度のお申込みで一部位となります ※MRCPは、必ず <u>当日朝絶食</u> でお願いします

※欄は、もれなくご記入下さい。
※検査申込書とは別途、診療情報提供書をお願いいたします。
※検査の結果は後日、画像CD-ROMとともに、郵送させていただきます。