

記入例

FAX予約申込書

(FAX用)

27年3月31日

厚木市立病院

腎臓内科		指定医師名 先生				
[受診希望日]						
第1	4	月	1	日	水	曜日
第2	4	月	3	日	金	曜日
第3		月		日		曜日

紹介元 医療機関名 厚木市中町 - -
 所在地 厚木市中町 - -
 電話番号 046-123-4567
 FAX番号 046-987-6543
 医師氏名 厚木 太郎

フリガナ	アツギ 一郎	生年月日	昭和40年4月1日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女					
患者氏名	厚木 一郎		(50才)							
住所	〒123-456 厚木市栄町 - -	電話番号	046-****-****							
厚木市立病院の受診歴	<input checked="" type="radio"/> 有 · 無)	厚木市立病院の患者番号(ID)	9	8	7	6	5	4	3	2

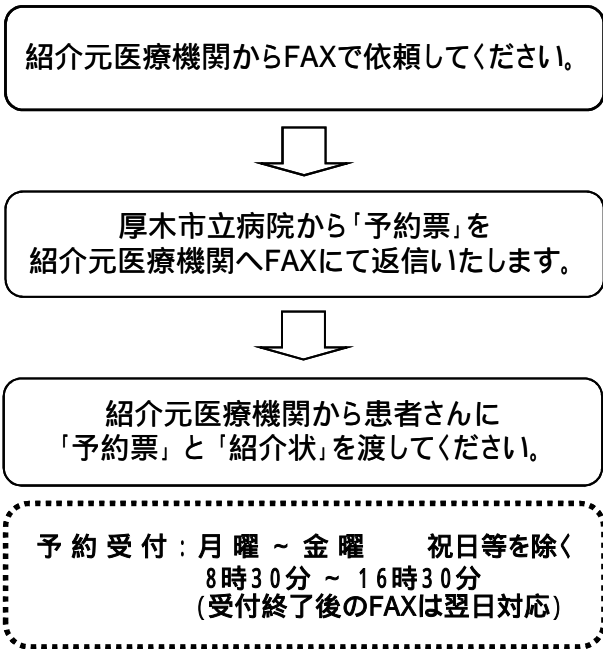
受診当日に該当がある場合に をお願いします。 入院中 ストレッチャーでの来院

主訴又は病名・病状	病名	医師指定がない場合、「担当医」などご記入ください。
紹介目的[入院・転医・精査()・手術・検査・その (病名)の精査		

検査依頼	RI
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X線CT (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影)	シンチグラム及び機能検査
検査部位	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 肝・胆道 <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> Ga <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> 腎機能
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 血流動機(部位:) <input type="checkbox"/> 副腎皮膚 <input type="checkbox"/> 副腎髄質
<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 甲状腺(摂取率含む) <input type="checkbox"/> 甲状腺T1
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
	SPECT検査
	<input type="checkbox"/> 心筋 (<input type="checkbox"/> 血流 <input type="checkbox"/> 脂肪酸 <input type="checkbox"/> 交感神経) <input type="checkbox"/> 脳(血流)

(FAX予約の手順)

(診療科のご案内)



内科	・循環器内科 ・消化器・肝臓内科 ・呼吸器内科 ・腎臓内科 ・糖尿病・代謝・内分泌内科 ・神経内科	外科	・消化器外科 ・呼吸器外科 ・乳腺・内分泌外科 ・血管外科 ・皮膚科 ・泌尿器科 ・産婦人科 ・眼科 ・耳鼻咽喉科
----	--	----	---

放射線科
 CT(単純)、MRI、RIの依頼の場合はチェック
 をお願いします。
 【注意事項】
 MRIをご希望の場合は、事前に問診票が必
 要となります。

緊急時の診察依頼について
 厚木市立病院へ連絡していただき、救急科にご相談ください。