

診療・検査・開放型病床利用申込書(FAX用)

令和 年 月 日 申込

京都府立医科大学附属 **北部医療センター**

紹介元医療機関名

地域医療連携室 宛

FAX 0772-46-5121

(TEL 0772-46-6665)

医師名

電話番号

FAX番号

ふりがな	旧姓	生年月日(年齢)	性別	受診歴
患者氏名		明・大 年 月 日 昭・平・令 () 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有(ID) <input type="checkbox"/> 無
患者住所	〒		電話番号	() -

傷病名 主訴など	
-------------	--

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察(希望医師名:)	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 開放型病床使用
------	--------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

診察希望日	第1希望 月 日 () 午前・午後	第2希望 月 日 () 午前・午後
-------	--------------------	--------------------

※申込時に、診療情報提供書の添付をよろしくお願ひします。

希望診療科	<input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> もの忘れ外来(神経内科) <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック) <input type="checkbox"/> 皮膚科
-------	---

希 望 検 査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <small>(チェックリストが 必要です)</small>	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中耳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 体幹部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ダイナミック(肝胆膵・腎・その他())
		<input type="checkbox"/> 四肢・脊椎 <small>※左右どちらか 一方のみ</small>	<input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 下肢() <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 血管系	<input type="checkbox"/> 頭部CTA <input type="checkbox"/> 頸部CTA <input type="checkbox"/> 下肢動脈(腎～下腿) <input type="checkbox"/> 下肢静脈(分岐～下腿) <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 胸腹部大動脈 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <small>(チェックリストが 必要です)</small>	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン <input type="checkbox"/> 頭部ルーチン+頸部MRA <input type="checkbox"/> 認知症精査 <input type="checkbox"/> 頭部(小児) <input type="checkbox"/> 腫瘍検査 <input type="checkbox"/> 中耳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他() * 詳細コメント()
		<input type="checkbox"/> 体幹部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 泌尿器系 <input type="checkbox"/> 婦人科系 <input type="checkbox"/> その他() * 詳細コメント()
		<input type="checkbox"/> 四肢・脊椎 <small>※左右どちらか 一方のみ</small>	<input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 下肢() <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他() * 詳細コメント()
		<input type="checkbox"/> 血管系	<input type="checkbox"/> MRA等 * 詳細コメント()
	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 脳血流() <input type="checkbox"/> 心筋負荷 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査[胃カメラ](<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻)		<small>※胃カメラ検査の場合は診察の必要はありません。 ※大腸ファイバー検査は事前に診察が必要になります。</small>
<input type="checkbox"/> 胃ろう交換			
<input type="checkbox"/> 脳波(チェックリストが必要です)			
<input type="checkbox"/> 超音波検査		<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <small>※原則、エコー検査予約は診察必須となります。</small>	

禁忌薬物	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	--	-----	---	--------	---

備考	
----	--