

診療・検査・開放型病床利用申込書(FAX用)

平成 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 医師名
 FAX 0772-46-5121 電話番号
 (TEL 0772-46-6665) FAX番号

ふりがな		生年月日	※性別
患者氏名		明治・大正 昭和・平成	年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID番号) <input type="checkbox"/> 無 注) IDの記入があれば ※印欄については記入不要です		
※患者住所	※電話番号 - -		

傷病名 主訴 など	
--------------	--

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 開放型病床使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

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

希望診療科	<input type="checkbox"/> 総合内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> もの忘れ外来 <small>(神経内科)</small> <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"/> 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
-------	--

希望医師名	(医師)
-------	--------

希望検査 ★造影検査をご希望の場合は、血清クレアチニン値とeGFRのデータが必要です。検査当日持参される同意書に記入いただくか、検査結果の添付をお願いします	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> ダイナミック <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 脳 <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"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 血管系 <input type="checkbox"/> 冠動脈 詳細部位 ()
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 詳細部位 ()
	<input type="checkbox"/> RI	[<input type="checkbox"/> 心筋負荷 <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"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 超音波検査 [<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー ※エコー検査予約は原則、診察必須となります。	

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
------	---	-----	---

備考	
----	--