

ご紹介患者様『検査』予約申込書(FAX用紙)

 独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 医療連携支援センター
FAX:084-922-2411(直通)

受付時間:平日8:30~17:00

◆お申込みの 医療機関名	
住 所	
診療科・医師名	
必 須	(電話番号)
	(FAX番号)

◆ご紹介いただく患者さんの情報◆

フリガナ		性 別	生 年 月 日
お名前		男 女	明・大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒 ー	自宅等 () ー 携帯電話等 () ー ※連絡が付きやすい方に○をつけてください。	
		旧姓★	当 院 受 診 歴★ 有 ・ 無 ・ 不明

★カルテの重複防止のため確認しています。

体内金属	有 ・ 無 (MRI撮影 可 ・ 否)
ペースメーカー/除細動器	有 ・ 無 (CT撮影 可 ・ 否) / (MRI撮影 可 ・ 否)

◆ご紹介いただく検査◆ ※各検査の医師は指定できません。

○医療機器共同利用(画像診断検査予約)

検査 予約	検査の種類	検査部位・内容	受診希望日	※1 フィルム 希望
	CT ・ MRI ・ RI		第1希望 年 月 日()	有 ・ 無
			第2希望 年 月 日()	

※ 造影検査(CT・MRI)は原則3ヶ月以内のeGFR値がわかる採血データを添付してください。 ※1 希望がない場合はCD-Rとなります。

○内視鏡検査予約(※ スクリーニング検査のみです。)

内 視 鏡 予 約	上部内視鏡	希望があれば選択ください 経口内視鏡 ・ 経鼻内視鏡	※2 ワーファリン服用	受診希望日
	下部内視鏡		有 ・ 無	・なるべく早く ・希望日あり() ・曜日指定あり(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金)

※2 ワーファリンを服用中の場合、先に血液検査があります。

○骨密度検査予約(※検査のみで医師の診察はありません。骨密度検査のみ診療情報提供書は不要です。)

《骨密度検査のみ下記に記載し、この用紙(『検査』予約申込書)をご持参ください。》

骨密度検査予約	検査希望日	年 月 日() ※前回検査より4か月以上空けて下さい	
	腰椎又は大腿骨近位部の骨折や体内金属の有無及び部位を○で囲んで下さい。		
	腰椎骨折 無 ・ 有 (L1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	大腿骨近位部骨折 無 ・ 有 (左 ・ 右 人工関節 ・ その他(	

★「医療機器共同利用」「内視鏡検査予約」は以下に必要な内容の記載をお願いします。

＜紹介目的・病状詳記＞(診療情報提供書の添付がある場合は記載不要)

＜現在の処方等＞

※予約当日にお薬手帳若しくは薬剤情報提供書を持参してください。

※診療情報提供書・処方情報(お薬手帳等)の添付をお願いします。

※当日、診療情報提供書原本・お薬手帳、その他処方内容がわかるものを必ずご持参下さい。

※申込時に添付が不可能な場合は、上記＜紹介目的・病状詳記・現在の処方等＞を可能な限り詳細にご記載ください。

【予約受付時間 平日8:30~17:00 17:00以降のFAXにつきましては翌平日にご回答いたします。】