

臨床検査・内視鏡予約依頼書・診療情報提供書

令和 年 月 日

大東中央病院	地域医療連携室	TEL	072-870-0217	FAX	072-870-0204(直通)
	医事課	TEL	072-870-0200	FAX	072-870-0202(代表)

紹介元医療機関情報(必ずご記入ください。)	所在地	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 希望なし
	名称	
	電話	
	FAX	
医師名	ご都合の悪い日 月 日 ()	

●患者基本情報(当院ID:) ●未成年の場合は家族同伴をお願いします

フリガナ		旧姓	性別	生年月日
患者氏名	様		男・女	M・T S・H 年 月 日
住所	〒 -			
自宅TEL		携帯TEL		

●保険情報(保険情報は、ご記入いただくか保険証等をFAXして下さい)

被保険者証

保険者番号		保険者・事業所名				
記号・番号		資格取得日			被保険者との続柄	本人家族
被保険者 氏名		負担割合	割	有効期限		

病名・検査目的・既往歴等 (貴院の診療情報提供書等を使用して頂いても結構です)

<input type="checkbox"/> 超音波検査(エコー)	・心臓 ・腹部 ・副甲状腺 ・血管・シャント ・甲状腺 ・乳腺 ・その他 ()
<input type="checkbox"/> 脈波 (<input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> ABI/TBI 身長 cm 体重 kg)	<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> 胃カメラ (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻)	★安全確認チェックを必ずしてください
・セデーション	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
・感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> あり 【 HBs HCV 梅毒 その他() 】
・抗凝固剤服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:)
・抗凝固剤	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 (日前より)

(注)検査当日、予約票を初診受付に提出頂きますようお願いいたします。

予約受付時間(祝日は除く)

地域医療連携室 : 月・金 9:00~19:00 火・水・木 9:00~17:30 土 9:00~13:00

医事課(代表) : 火・水・木 17:30~19:00 (19:00以降は翌日対応となりますので、ご了承下さい)