

# 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。)

検査希望日

所在地

① 月 日 ( )

名称

② 月 日 ( )

電話

③ 希望なし

FAX

ご都合の悪い日

医師名

月 日 ( )

●患者基本情報(当院ID: )

●未成年の場合は家族同伴でお願いします

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、ご記入いただかずか保険証等を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"/> ホルタ一心電図						
<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にお願いいたします。

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)