

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 名称 電話 FAX 医師名	検査希望日
	① 月 日 ()
	② 月 日 ()
	③ 希望なし
	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 9:00～17:00 土 9:00～13:00
※上記以外の時間帯は翌日の対応となりますので、ご了承下さい。