

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(直通)	FAX TEL	072-870-0204 072-870-0217
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 () 備考 ご都合の悪い日 月 日 ()

受診の際には予約票・予約依頼書・診療情報提供書・健康保険証等を受付に提出頂きますようご指導をお願いいたします

●患者基本情報

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	様	男・女 M・T S・H 年 月 日
大東中央受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
住所	〒 -	
自宅TEL	携帯TEL	

●保険情報(保険情報は、ご記入いただかば保険証等を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
被保険者 氏名	負担割合 割	有効期限	本人 家族	

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 ・甲状腺 ・乳腺 ・その他()
<input type="checkbox"/> 脈波 (<input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> <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)	

予約受付時間(日・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対応となりますのでご了承ください