

# 診察・検査申込票

平成 年 月 日

彦根市立病院 地域医療連携室宛  
彦根市八坂町1882番地  
TEL 0749 (22) 6053  
FAX 0749 (22) 6093

医療機関の名称  
住 所  
医師氏名  
TEL  
FAX

〒

〔 診察 ・ 検査 〕 どちらかに○をお願いします。

|        |                                                         |                                                                 |
|--------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 診<br>察 | 受診科： 医師の希望： 無 ・ 有 （医師名： ）                               |                                                                 |
|        | 希望日： 無 ・ 有 あればお書きください。（ ） ・ できるだけ早く                     |                                                                 |
| 検<br>査 | 検査名： CT ・ MRI ・ MRA ・ 核医学（RI） ・ 超音波 ・ 上部消化管内視鏡 ・ その他（ ） |                                                                 |
|        | 部位                                                      | 頭部 頸部 胸部 上腹部 下腹部 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎 肩<br>膝 骨 ガリウム 脳血流 甲状腺 心臓 その他の部位（ ） |
|        | 造影検査                                                    | 必要 ・ 不要（造影必要時にはその旨を患者様にご説明ください）                                 |
|        | 希望日： 無 ・ 有 あればお書きください。（ ） ・ できるだけ早く                     |                                                                 |

●検査用チェック項目（☆造影検査時必須項目）（※MR時必須項目）

|                      |     |                 |     |                |     |               |     |               |     |               |     |
|----------------------|-----|-----------------|-----|----------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|
| 妊娠<br>12週未満は<br>原則禁忌 | 有・無 | 体 重             | kg  | ☆薬物<br>アレルギー   | 有・無 | ☆喘息歴          | 有・無 | ☆メトホルミン<br>使用 | 有・無 | ☆Cre<br>( )   |     |
| ※体内金属                | 有・無 | ※イレズミ<br>(赦アイト) | 有・無 | ※心臓<br>ペースメーカー | 有・無 | ※脳動脈瘤<br>クリップ | 有・無 | ※閉所<br>恐怖症    | 有・無 | ※コンタクト<br>レンズ | 有・無 |

|               |   |       |   |   |       |   |   |      |   |   |
|---------------|---|-------|---|---|-------|---|---|------|---|---|
| 感染症（内視鏡可能ならば） | : | HBS抗原 | + | - | HCV抗体 | + | - | TPHA | + | - |
|---------------|---|-------|---|---|-------|---|---|------|---|---|

|        |
|--------|
| 傷病名：   |
| 受診の目的： |

患者情報 ☐ 外来患者 ☐ 入院中 ☐ 入所中

|                  |                          |   |   |    |           |
|------------------|--------------------------|---|---|----|-----------|
| フリガナ<br>患者氏名     |                          |   |   |    |           |
| 患者住所             | 〒 TEL ( - - )            |   |   |    |           |
| 生年月日             | M ・ T ・ S ・ H            | 年 | 月 | 日生 | 性 別 男 ・ 女 |
| 彦根市立病院受診歴： 無 ・ 有 | 診察券番号（分かる場合は記入してください）： - |   |   |    |           |

●彦根市立病院受診歴のない方および保険変更のあった方は、下記の欄に記入していただくか、  
または保険証のコピーをFAXで送信してください。

|       |       |         |        |            |
|-------|-------|---------|--------|------------|
| 健康保険証 | 保険者番号 |         | 資格取得日  | 平成 年 月 日   |
|       | 記 号   |         | 有効期限   | 平成 年 月 日   |
|       | 番 号   |         | 負担割合   | 割          |
|       | 続 柄   | 本人 ・ 家族 | 継 続    | 無 ・ 有      |
| 福 祉   | 記 号   |         | 有効期間   | 平成 年 月 日から |
|       | 番 号   |         |        | 平成 年 月 日まで |
| 公費①   | 負担者番号 |         | 公費有効期間 | 平成 年 月 日から |
|       | 受給者番号 |         |        | 平成 年 月 日まで |
| 公費②   | 負担者番号 |         | 公費有効期間 | 平成 年 月 日から |
|       | 受給者番号 |         |        | 平成 年 月 日まで |

※FAXの受付時間 月曜日～金曜日(8:30～19:00)・木曜日(8:30～17:00)・土曜日(8:30～12:30)

※休日および時間外での申し込みはできません。