

# 診察・検査申込票

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

診療科/医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

TEL:

FAX

診察	受診科: _____ 医師の希望: 無・有 (医師名: _____)		
検査	検査の種類	部位等	
	CT MRI・MRA	頭部・頸部・胸部・上腹部・下腹部 頸椎・胸椎・腰椎・肩・膝・骨盤 心臓・その他 ( _____ )	造影 ( 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。
	骨塩定量	※部位選択は不要	
	核医学(RI)	骨・ガリウム・脳血流・心臓・その他 ( _____ )	
	超音波	腹部・頸部・甲状腺	
	内視鏡検査	上部消化管 (経口・経鼻)・下部消化管	鎮静 ( あり ・ なし )
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 <small>(12週未満は原則禁忌)</small>	有・無	★※ 体重	kg	★薬物 アレルギー	有・無	★喘息歴	有・無	★外服シ 使用	有・無	★Cre	
※体内金属	有・無	※イレズミ (永久75%)	有・無	※心臓 ペースメーカー	有・無	※脳動脈瘤 クリップ	有・無	※閉所 恐怖症	有・無	※コンタクト レンズ	有・無

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 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒 _____	生年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日生 ( 歳 )
電話番号	(自宅) _____	(携帯) _____	
彦根市立病院受診歴: 無・有		診察券番号 (わかる場合は記入してください): _____	

保険情報

健康保険証	保険者番号	資格取得日	年 月 日
	記号	有効期限	年 月 日
	番号	負担割合	割
	続柄	本人・家族	継続

※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 (9:00～12:30)

※休日および時間外での申し込みはできません。