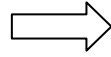


大阪鉄道病院（診療・検査予約依頼書）

紹介元医療機関	平成 年 月 日
医院・診療所	
紹介医師名 先生	
電話番号 ()	
FAX ()	



大阪鉄道病院 地域医療連絡室
TEL: (06) 6628-2242
FAX: (06) 6628-4707

フリガナ	男・女	生年月日	明大昭平	年	月	日
患者氏名	様					
住所	(〒 -)	電話番号 ()				

大阪鉄道病院受診歴	
<input type="checkbox"/> あり	診察券番号 _____
<input type="checkbox"/> なし	
保険者番号	_____
記号・番号	_____
続柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族

負担割合 () 割
一部負担金助成 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
公費負担番号 _____
受給者番号 _____

主病名・合併疾患

紹介目的 (必ずご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 診療申込	希望受診科 _____
	希望医師 <input type="checkbox"/> 有 (医師名 _____) <input type="checkbox"/> 無

<input type="checkbox"/> 検査申込	※フィルム貸出: (<input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要)	
<input type="checkbox"/> CT 部位 ()	<input type="checkbox"/> 腹部超音波	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡
<input type="checkbox"/> MRI 部位 ()	<input type="checkbox"/> 心臓超音波	<input type="checkbox"/> 頸部ドプラ
<input type="checkbox"/> MRA 部位 (頭・頸)	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> 眼動脈ドプラ
<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> RI [<input type="checkbox"/> 骨シンチ ・ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ]	
<input type="checkbox"/> CT撮影条件 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任)	<input type="checkbox"/> MRI撮影条件 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任)	

入院希望がある場合 (何れかにチェック)	<input type="checkbox"/> 当日対応希望	<input type="checkbox"/> 診療時の相談による	
紹介目的終了後の診療方針 (何れかにチェック)	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関	<input type="checkbox"/> 大阪鉄道病院	<input type="checkbox"/> 相談により決定する

(ご注意) X線使用検査の妊娠の有無、MRI検査時の体内金属(ペースメーカー等)、内視鏡時の抗血栓薬について、ご確認ください。

予約希望日	
<input type="checkbox"/> 指定なし	第一希望 年 月 日
<input type="checkbox"/> 指定あり	第二希望 年 月 日
	第三希望 年 月 日
	希望が通らない時 曜日希望