

大阪鉄道病院（診療・検査予約依頼書兼診療情報提供書）

紹介元医療機関情報		年 月 日	
名称			
住所			
紹介医師名 先生		大阪鉄道病院 地域医療連携室 TEL: (06) 6628-2242 FAX: (06) 6628-4707	
電話番号 ()			
FAX ()			
フリガナ	男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
患者氏名	様		満 歳
住 所	(〒 -)	電話番号 () -	
大阪鉄道病院受診歴 ☐ なし ☐ あり 診察券番号		負担割合 ()割 一部負担金助成 (☐ 有・ ☐ 無)	
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費受給者番号	
続 柄	☐ 本人 ・ ☐ 家族		
主病名・合併疾患			
紹介目的			
☐ 別紙参照			
既往歴及び家族歴			
症状経過及び検査結果			
☐ 別紙参照			
治療経過及び現在の処方			
☐ 別紙参照			
☐ 診療申込 希望受診科(科) 希望医師 ☐ 有 (医師名) ☐ 無			
☐ 検査申込 ※画像データ(CD-R): ☐ 必要・ ☐ 不要 ☐ CT 部位 () ☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 一任 (※気管支喘息 有 ☐ 無 ☐ 有の場合 造影不可) ☐ MRI 部位 () ☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 一任 (※気管支喘息 有 ☐ 無 ☐ 有の場合 造影不可) ☐ MRA 部位 (頭・頸) ☐ MRCP 撮影条件 (☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 一任) ☐ 上部消化管内視鏡 (ペースメカ 有 ☐ 無 ☐ ・ICD 有 ☐ 無 ☐ ・鎮静希望 有 ☐ 無 ☐ ※閉塞性緑内障は不可) ☐ 腹部エコー ☐ 頸動脈エコー ☐ 心臓エコー ☐ 下肢静脈エコー ☐ 誘発筋電図 (☐ 手根管 ・ ☐ 肘部管) ☐ 骨シンチ			
CT/MRI 検査において、早急な処置が必要な所見が見つかった場合、 本人同意の上、大阪鉄道病院 診療科に直接診察依頼してもよろしいですか。 ☐ はい ☐ いいえ ⇨ 「いいえ」の場合、終日御連絡可能な番号をお願いします。 TEL: () -			
入院希望がある場合 (何れかにチェック) ☐ 当日対応希望 ☐ 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) ☐ 紹介元医療機関 ☐ 大阪鉄道病院 ☐ 相談により決定する (ご注意) X線使用検査時の妊娠の有無、MRI 検査時の体内金属(ペースメーカー等)の有無、 内視鏡検査時における抗血栓薬の使用、ペースメーカー・ICDの有無について、緑内障の有無についてご確認ください。			
予約希望日 ☐ 指定あり 第一希望 年 月 日 第二希望 年 月 日 ☐ 指定なし			