

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	
電話番号	() ()	TEL : (06) 6628-2242	
FAX	() ()	FAX : (06) 6628-4707	
フリガナ		男・女	生年月日
患者氏名	様	大・昭・平・令	年 月 日
住 所	(〒 -)	電話番号 () -	満 歳
大阪鉄道病院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診察券番号		負担割合 () 割 一部負担金助成 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族		
主病名・合併疾患			
紹介目的 <input type="checkbox"/> 別紙参照			
既往歴及び家族歴			
症状経過及び検査結果 <input type="checkbox"/> 別紙参照			
治療経過及び現在の処方 <input type="checkbox"/> 別紙参照			
<input type="checkbox"/> 診療申込 希望受診科() 科) 希望医師 <input type="checkbox"/> 有 (医師名) <input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 検査申込 ※画像データ(CD-R) : <input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要			
<input type="checkbox"/> CT 部位 () <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任 (※気管支喘息 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有の場合 造影不可)			
<input type="checkbox"/> MRI 部位 () <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任 (※気管支喘息 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有の場合 造影不可)			
<input type="checkbox"/> MRA 部位 (頭・頸) <input type="checkbox"/> MRCP 撮影条件 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任)			
<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 (ペースメカ 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ・ICD 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ・鎮静希望 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ※閉塞性緑内障は鎮静不可)			
<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 頰動脈エコー <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー			
<input type="checkbox"/> 誘発筋電図 (<input type="checkbox"/> 手根管 ・ <input type="checkbox"/> 肘部管) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)		<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 <input type="checkbox"/> 指定あり 第一希望 年 月 日		第二希望 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 指定なし			