独立行政法人地域医療機能推進機構

**星ヶ丘医療センター　地域医療連携室**　　**直通 FAX：0120-840-275**

# 診察及び検査予約申込書

記入日 ： 西暦　　年　　月　　日

☐ 診察予約　　☐ 検査予約

受診希望科：＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名：＿＿＿＿＿＿＿＿

貴院名
住　所
T E L
F A X
医師名　　印

| 受診希望日 | 第１希望　　月　　日（　　） | 第２希望　　月　　日（　　） | 希望なし・不都合な日（　　） |
|---|---|---|---|

◆検査申込の場合は、必ず下記にご記入ください。

☐ CT （ 単純 ・ 造影 ）
☐ ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ CT
☐ MRI （ 単純 ・ 造影 ）

部位

※必ず〇で囲んでください。　※原則１日１部位となります。
頭部 ・ MRA ・ VSRAD ・ 頚部 ・ 胸部 ・ 心臓 ・ 腹部
骨盤 ・ 子宮卵巣 ・ 腎後腹膜 ・ 前立腺 ・ MRCP
脊椎（ 頚 / 胸 / 腰 ）・ その他（ 右 / 左 /　　）

☐ RI 検査（　　）　☐ 胃透視　☐ 注腸
☐ 放射線治療　☐ 骨密度検査　☐ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ(右・左・両方)

その他検査（　　）

☐ 胃内視鏡　☐ 経鼻内視鏡　☐ 大腸内視鏡（前処置が可能な医療機関に限ります）
※感染症の　☐有　☐無　：　HBs 抗原（　　）　HCV 抗体（　　）　Wa 反応（　　）

☐ ｴｺｰ（ 腹部・心臓・頚動脈 ）　☐ ﾎﾙﾀｰ心電図　☐ﾄﾚｯﾄﾞﾐﾙ　☐ 脳 波　☐ 夜間睡眠脳波(小児科)

# 診　療　情　報　提　供　書

| ふりがな | 西暦　　年　　月　　日（　　歳）　男・女 |
|---|---|
| 患者氏名 | 現住所　〒　　－<br>TEL（　　－　　－　　） |

| 旧姓 | |
|---|---|
| 受診歴 | 有　・　無 |

該当する項目にレ点もしくは〇をご記入ください。
☐外来患者　在宅自己注射管理料を除く在宅療養指導管理料の算定（有 ・ 無）
☐入院患者　費用に関する医療機関連絡者（　　）
☐訪問診療患者（下記の医学総合管理料の算定　有 ・ 無 ）
在宅時医学総合管理料、特定施設居宅時医学総合管理料、在宅がん医学総合診療料

◆保険情報は、必ず記入してください。保険証・医療証のコピーがあれば記入は不要です。

| 保険者番号 | | 本人 ・ 家族 | 公費負担番号 | |
|---|---|---|---|---|
| 記号・番号 | | | 受給者番号 | |

傷病名・紹介目的・既往歴　　☐別紙、診療情報提供書参照

症状・治療経過及び検査結果

現在の処方