

～外来診療申込は別用紙となります～

地域医療総合窓口 あったかサポートセンター
 電話06-6443-3470(直通) FAX06-6443-3585

平成 年 月 日

診療科 _____ 科
 _____ 先生

紹介元医療機関

名称 _____
 所在地 _____
 電話 _____
 FAX _____
 医師名 _____

フリガナ			生年	明・大・昭・平			
氏名	男・女		月日	年	月 日 (才)		
住所	(〒 -)			電話	() -		
				職業			
保険証番号	保険者番号				①公費負担者番号		
	記号	番号				①公費受給者番号	
	資格取得日	年 月 日	区分	本人・家族	負担割合	割	
				資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日
紹介目的				症状経過	検査結果	治療経過	
傷病名				既往歴	家族歴		
現在の処方				備考			
MRI	部位	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRI&MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 皮下(部位:) <input type="checkbox"/> 四肢(部位:) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他()					
	部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢(部位:) <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> その他()					
CT	部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢(部位:) <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> その他()					
	造影	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 血中クレアチニン値() 検査日 H . .					
MRI/CT 共通	体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 人工内耳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	検査画像データ	(チェックがない場合はCD-R対応となります) <input type="checkbox"/> 画像データ不要 <input type="checkbox"/> CD-R 希望 (後日郵送) <input type="checkbox"/> フィルム 希望 (当日患者様持ち帰り)					
RI	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他()						
骨塩定量	<input type="checkbox"/> 骨塩定量						
生理検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> ABI / PWV						
胃内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡						
その他	<input type="checkbox"/> 一般・精密肺機能 <input type="checkbox"/> 栄養指導(内容:) <input type="checkbox"/> その他()						
検査希望日	第1希望	月 日()	第2希望	月 日()	第3希望	月 日()	

(注) 1 この情報は紹介患者様の診療目的にのみ利用致します。
 2 中止・変更等は紹介元医療機関様より連絡下さい。

＜あったかサポートセンターの受付時間＞

曜日	平日(月～金)	土	左記以外はFAXのみの受付となります。 予約通知書は、翌日・休日明けに送信します。
時間	8:30～19:00	9:30～12:30	
受付方法	FAX・電話	FAXのみ	

＜外来診療受付時間＞

平日	8:30～11:30
	13:00～15:30

土・日・祝祭日・年末年始は全科休診です。
 乳腺外科、神経科・精神科は完全予約制です。

当院3階のニッセイ予防医学センターでは人間ドック・各種健診を承っております。お問合せ・お申込みは電話(直通)06-6443-3437までご連絡下さい。

日本生命病院H30.4