

～外来診療申込は別用紙となります～

年 月 日

地域医療総合窓口 あったかサポートセンター

FAX:06-6443-3585 電話:06-6443-3470(直通)

紹介元医療機関

名称

所在地

電話

FAX

医師名

診療科

科

先生

受診歴	有(旧姓:)・無		
フリガナ	大・昭・平・令・西暦		
氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (才)
住所	〒 - 自宅 () - 携帯 () -		
保険	☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期高齢 ☐ 生保 ☐ その他 ()		
言語 (日本語)	☐ 可能 ☐ 日常会話程度 ☐ 不可(会話できる言語:) ※英語・中国語以外の場合は事前にご相談下さい		
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	☐ 頭部MRI ☐ 頭部MRI&MRA ☐ 頸部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 骨盤 ☐ 腹部 ☐ MRCP ☐ 皮下(部位:) ☐ 四肢(部位:) ☐ 股関節 ☐ その他 ()	
☐ CT	部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 胸腹部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 四肢(部位:) ☐ 脊椎 ☐ その他 () *冠動脈CTは外来診察申込書を送付下さい(循環器内科診察後の検査となります)。	
必ずチェックをお願いします。 ※MRI・CT検査は複数部位の撮影は別日になる場合があります。			
MRI/CT 共通	◆造影 ☐ なし ☐ あり → 血中クレアチニン値 () 【検査日 . . .】 ※検査予約日から3ヵ月以内		
	◆喘息、アレルギー、造影剤副作用歴 ☐ なし ☐ あり → ()		
	◆体内金属 ☐ なし ☐ あり ◆ペースメーカー ☐ なし ☐ あり ◆人工内耳 ☐ なし ☐ 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) ☐ 画像データ不要 ☐ CD-R 希望 (後日郵送) ☐ フィルム 希望 (当日患者さん持ち帰り)		
RI	☐ 脳血流シンチ ☐ 骨シンチ ☐ その他 ()		
骨塩定量	☐ 骨塩定量		
生理検査	☐ 腹部エコー ☐ 甲状腺エコー ☐ 心エコー ☐ 頸動脈エコー ☐ ABI / PWV ☐ 下肢静脈エコー		
胃内視鏡	☐ 胃内視鏡		
その他	☐ 一般・精密肺機能 ☐ 栄養指導(内容:) ☐ その他 ()		
検査 希望日	① 月 日 ()	② 月 日 ()	その他 (曜日指定など)

(注) この情報は紹介患者さんの診療目的にのみ利用致します。

土・日・祝祭日・年末年始は全科休診です。

※受付時間 8:30～19:00(月～金) 9:30～12:30(土) 土曜日はFAX対応のみ

FAX は 24 時間稼働。但し、時間外・休日着分は翌日対応

日本生命病院2021.7