診　察　等　依　頼　票

送信先：　独立行政法人国立病院機構　京都医療センター　地域医療連携室
受付時間：　午前8時30分～午後8時00分（月～金）TEL　0120-06-4649　0120-30-8349
午前9時00分～午後1時00分（土）　FAX　075-643-4361
FAX受信後、折り返し予約票をFAXにて返信いたします。

※セカンドオピニオン外来はこの診察等依頼票でのお申し込みは出来ません

貴院住所及び名称	
電話・FAX番号	
依頼医御氏名（必須）※	

ふりがな(必須)※				□ 男　□ 女
患者氏名		（旧姓）		M T S H R　年　月　日生
住所　（　－　） 電話番号　－　－				
当院受診歴　□ 有　□ 無	診察券番号（　－　－　）			
病名(必須)※	の疑い　□ 入院中　← 紹介元医療機関に入院中の場合はチェックを入れてください。			
希望日	第一希望日　月　日　時頃		第二希望日　月　日　時頃	

診察依頼	科　（　）医師

検査依頼	検査部位	□ 脳　□ 胸　□ 腹　□ 腰　□ その他　（　）
	造影の有無	□ 有り（同意書が必要です）　□ 無し → 有りの場合：　□ アレルギー有り　（　）　□ 腎機能障害有り
	検査名	□ 胃カメラ　（ 月・水・金・本日（月～金）／10:00　10:30）　□ 鎮静希望 ※即日対応いたしますので、是非ご利用ください。 □ MR（脳単純検査はMRA含む） □ CT □ 一般撮影 □ 腹部エコー（火・木のみ） □ 骨塩定量　（ □ 全身　□ 腰椎　□ 大腿骨） □ RI　ご希望の検査名をご記入ください（　）
	禁忌事項	□ ペースメーカー有り　□ 妊娠中 ※ ペースメーカーが有る場合は、ペースメーカー手帳を合わせてFAXしてください
	その他	□ CD-Rを希望する

※来院の際、**紹介状・保険証原本・造影検査の場合は同意書**をお持ち頂きますよう、患者様へお伝え下さい。

保険番号	保険者番号	記号・番号	本人・家族の別
			□ 本人　□ 家族
公費	保険者番号	記号・番号	老人保険の負担割合
			□ 1割　□ 2割　□ 3割

病院への連絡事項等

京都医療センター記載欄 月　日　時　分　担当医　（　）□ 紹介状　□ スキャン

令和3年4月版