

診 察 ・ 検 査 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・検査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)※				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
患者氏名		(旧姓)		M T S	年 月 日生
				H R	
住所 ()					
	電話番号 - -				
当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	診察券番号 (- -)				
保険番号	保険者番号	記号・番号	本人・家族の別		
			<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	
公費	保険者番号	記号・番号	老人保険の負担割合		
			<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割
※来院の際、 <u>紹介状・保険証原本</u> をお持ち頂きますよう、患者様へお伝え下さい。					

診察依頼					
病名(必須)※	の疑い <input type="checkbox"/> 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 希望があれば () 医師				

検査依頼					
胃カメラ	<input type="checkbox"/> 胃カメラ直行使 (平日 10:00 / 10:30 <input type="checkbox"/> 鎮静希望)				
画像検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー				
	検査部位 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> MR(脳単純検査はMRA含む) } 造影 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> CT				
	<input type="checkbox"/> 一般撮影				
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量 (<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨)				
<input type="checkbox"/> RI ご希望の検査名をご記入ください ()					
禁忌事項	<input type="checkbox"/> ペースメーカー有り <input type="checkbox"/> 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				

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 () <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> スキャン