

# 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"/> 胃カメラ直行便 ( 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<br>※ 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 |