

5 病院共通診察検査依頼書
診察・検査 依頼書

依頼日 年 月 日

- 特定施設入居時等医学総合管理料 在宅療養指導管理料 在宅末期医療総合診療科
 在宅療養支援診療所 在宅時医学総合管理料

紹介元	医療機関名 医師名 連絡先	電話番号	担当者氏名 FAX
-----	---------------------	------	--------------

紹介先医療機関名 「*」印は開放型病床設置病院 市外局番は(077)

* <input type="radio"/> 大津赤十字病院	FAX 522-4385	TEL 522-8535	救急窓口	FAX 522-4509	TEL ★522-4131
* <input checked="" type="radio"/> 地方独立行政法人市立大津市民病院	FAX 522-0192	TEL 526-8192		FAX 526-8468	TEL 525-0299
* <input type="radio"/> JCHO 滋賀病院	FAX 534-8419	TEL 531-2057		FAX ※ 531-1357	TEL ★537-3101
<input type="radio"/> 滋賀医科大学医学部附属病院	FAX 548-2792	TEL 548-2515		FAX ※ 548-2771	TEL 548-2770
<input type="radio"/> 大津赤十字志賀病院	FAX 594-8462	TEL 594-8440		FAX 594-8462	TEL ★594-8777

※時間外のみ ★代表番号

<input type="checkbox"/> 本日希望	<input type="checkbox"/> 救急車で来院	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 救急部対応	<input type="checkbox"/> 外来対応(科 医師)

<input type="checkbox"/> 診察予約	科	<input type="checkbox"/> 医師	希望日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 早期希望
		<input type="checkbox"/> 外来担当医師	<input type="checkbox"/> あり ① 月 日() <input type="checkbox"/> AM・ <input type="checkbox"/> PM
			② 月 日() <input type="checkbox"/> AM・ <input type="checkbox"/> PM

<input type="checkbox"/> 検査予約	[部位]	希望日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 早期希望
	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> あり ① 月 日() <input type="checkbox"/> AM・ <input type="checkbox"/> PM
	<input type="checkbox"/> 造影	② 月 日() <input type="checkbox"/> AM・ <input type="checkbox"/> PM
	<input type="checkbox"/> 医師指定(医師)	

造影剤使用時	尿素窒素()クレアチニン()	検査日 年 月 日
--------	------------------	-----------

CT・MRI 検査	ペースメーカーまたは体内金属 <input type="checkbox"/> あり(種類) <input type="checkbox"/> なし
-----------	---

内視鏡検査	前処置 <input type="checkbox"/> 紹介元で実施 <input type="checkbox"/> 紹介先に依頼 (排便状態・大腸内視鏡用 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 便秘症)
-------	--

紹介目的 (部位・症状・病名等)	<input type="checkbox"/> 紹介状参照 <input type="checkbox"/> 地域連携パス運用中 <input type="checkbox"/> 開放型病床利用 <input type="checkbox"/> 入院中
	入院希望: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 受診日当日 <input type="checkbox"/> 受診後決定(ご希望に沿えない場合は、ご了承ください。))

患者基本情報 ○紹介先病院での受診歴 【 あり ID 番号() なし 】

フリガナ		性別	被保険者
患者氏名	(旧姓)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族
生年月日	<input type="radio"/> 明 <input type="radio"/> 大 <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平	年 月 日(歳)	
住所	〒 電話番号 携帯番号		
保険情報	保険者番号	公費番号	福祉医療
	記号		
	番号		
一部負担金の割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割		福 一部負担金 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし