

FAX用検査依頼書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人社団三思会 東邦病院

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

検査希望日 (無・有)	第1希望 月 日 (午前・午後)
	第2希望 月 日 (午前・午後)

※内視鏡検査の場合は午前中のみとなります。

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生					
患者氏名					()歳					
住 所	〒 -									
	TEL ()									
検査項目	1.CT (造影剤 無・有) 2.MRI (造影剤 無・有)			3.内視鏡						
検査部位	頭脳	顔面/副鼻腔	頸部	胸部	腹部	骨盤腔	頸椎	胸椎	胃	大腸
	腰椎	関節()	四肢()	その他()						

※保険証・各受給者証のコピーと共にFAXして下さい。

※保険証等がない場合は貴院カルテの表書きをFAXにてお送り下さい。

《東邦病院記入欄》

検査予約通知書

下記のとおり()様の予約をおとりいたしました。(患者様へお渡し下さい。)

検査予約日:	平成 年 月 日()
	時 分より
検査項目:	CT・MRI (造影剤 有・無) 内視鏡 (胃・大腸)
検査部位:	

(CT・MRI検査で造影剤を使用する場合は検査前の禁食をお願いします。)

〈患者様へお知らせ〉

持参していただく物 : 紹介状、保険証、予約通知書(本書)

受付 : 紹介受付窓口(検査予定時間の20分前においでいただき本書をご提示下さい)

※検査時間に多少のずれが生ずる場合もございますのでご容赦下さい。

〈休診日〉

土曜日(第1・3・5週は午前のみ診療)、日曜日、祝日、年末年始(12月30日午後～1月3日)

★ご都合により予約の日時にご来院できない場合は、入退院センター 医療連携担当までご連絡下さい。

医療法人社団三思会 東邦病院

〒379-2311 群馬県みどり市笠懸町阿左美1155 TEL:0277(76)6311(病院代表)

入退院センター 医療連携担当(直通) TEL: 0277(76)1027 FAX : 0277(76)1028

ホームページ http://www.toho-hp.jp/

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人社団三思会 東邦病院

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生
患者氏名					()歳
住 所	〒 -				
	TEL ()				
検査項目	1.CT (造影剤 無・有) 2.MRI (造影剤 無・有)			3.内視鏡	
検査部位	頭脳 顔面/副鼻腔 頸部 胸部 腹部 骨盤腔 頸椎 胸椎 腰椎 関節() 四肢() その他()			胃・大腸	
薬剤・造影剤アレルギー 無・不明・有()			感染症 無・不明・有()		
体内金属 無・不明・有()			気管支喘息 無・不明・有		
【傷病名・既往歴及び家族歴】				内視鏡検査のみ記入	
【症状経過・治療経過・検査結果】				腹部手術歴 (一・不明・+)	
				心疾患 (一・不明・+)	
【現在の処方】				緑内障 (一・不明・+)	
				前立腺肥大症 (一・不明・+)	
持参資料 (無・有 レントゲンフィルム・心電図記録・検査記録・他)				糖尿病 (一・不明・+)	
				抗血栓剤 (一・+) () →内服中止 (一・+) 月 日~中止	

備考 1.必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2.東邦病院へは「2枚目」をお願いいたします。