（第２号様式）

出水総合医療センター
診察・検査予約申込書

（送信先）FAX 番号６７－１７６９

出水総合医療センター地域医療支援センター

（発信者）　紹介元医療機関名・医師名

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 患者様 氏　名		男 ・ 女	生年 月日	M・T・S・H・R 年　　月　　日
住　所 電　話	〒　　－ 電話　　－			
希望科 医　師	＿＿＿＿＿＿科　医師名＿＿＿＿＿＿＿＿医師 当院医師に事前に連絡をされている時は記入ください　⇒　□　連絡済			
希　望 区　分 ※該当する項目は全てチェックしてください。	□ 診察　□ 検査⇒専門診察科への受診・入院の可能性 □無 □有 ※前項「有」の時は、診察科変更のご相談をさせていただく場合がございます。 □ 緊急依頼⇒搬送方法：□ 救急車　□ 施設車　□その他（　　） □自立　□車椅子　□ストレッチャー □ 入院希望　□共同診療　□インプラント等の委託検査（保険外） □ 希望日時あり⇒（　月　日　午前・午後　時ころ） □ 希望日時なし　□ その他（　　） ・患者さんは　□院内待機中　　□既に帰宅			

主症状・紹介目的等	感染症 □ ＨＢ　□HC □ ＭＲＳＡ □ ＨＩＶ □妊娠

【検査区分】※下記、該当項目にチェック及び〇印をお願いします。

□ ＣＴ⇒ 部位（　　）・造影（ 有 ・ 無 ）・ペースメーカー／ICD（ 有 ・ 無 ）

□ ＭＲＩ⇒ 部位（　　）・造影（ 有 ・ 無 ）・ペースメーカー／ICD（ 有 ・ 無 ）

★ペースメーカー/ICD 有の場合は循環器内科の事前診察のご案内をさせていただく場合がございます。

□冠動脈ＣＴ

《お願い》　造影検査、造影剤使用の場合、診療情報提供書に腎機能の血液検査データを明記くださるようお願いします。

□ ＲＩ検査　⇒｛ 骨　・ 脳血流
　　その他（　　）

□ 心筋シンチ ⇒□負荷あり（必ずご希望の負荷にチェックをお願いします。）

□薬剤負荷（患者体重：　　ｋｇ）□エルゴメーター負荷　□薬剤＋エルゴメーター併用負荷

※喘息の方、テオフィリン･アミノフィリン水和物製剤、ジピリダモール製剤内服中は薬剤（アデノシン）負荷できません

□ エルゴメーター負荷心電図　⇒□Ramp(ランプ)20W 10W

□ 心　電　図　⇒（ 心電図 ・ ホルダー心電図
　　負荷心電図　⇒　シングル・ダブル・トリプル ）

□ 内視鏡検査　⇒（ 食道　・　胃　・　気管支　・　大腸　　）

★内視鏡検査日に消化器内科診察も行います

★鎮静剤を希望される場合検査後は自動車･ﾊﾞｲｸ･自転車等の運転はできません

★内服中の抗凝固剤があればご記入ください（　　）

□ 超　音　波　⇒（ 心臓　・　腹部　・　甲状腺　・　乳腺
　　その他：　　）

□ 脳波　□ 肺機能検査　□ 栄養指導　□ その他（　　）

備考　１　本様式は診療情報提供書ではございません。

　　２　原則として検査の画像データの受け渡しは、ＣＤ－Ｒになります。

（地域医療支援センター改定 R6.9）