

宇治徳洲会病院 診察・検査依頼用紙

○医療機関名

○医師名

先生

○FAX 送信者

○電話番号

()

○FAX 番号

()

宇治徳洲会病院 地域医療連携室

FAX:0774-25-2827

平日(受付時間 24時間対応※19:00以降は翌日対応)
土曜(受付時間 24時間対応※12:30以降は月曜日対応)

TEL:0774-25-2871

平日(受付時間・8:30~19:00は地域連携室・19:00以降は医事課)
土曜(受付時間・8:30~12:30は地域連携室・12:30以降は医事課)

患者様情報

フリガナ			生年月日
患者氏名	(旧姓)	男 女	T・S・H・R 年 月 日
住所	(〒 -)		電話番号 - -

診察依頼

病名 (必須)			
希望日	① 月 日 (: 頃) 午前のみ予約可	② 月 日 (: 頃) 午前のみ予約可	
担当医	()科 ()医師	医師の指定がない場合は 未記入で結構です	

検査依頼

検査名	<input type="checkbox"/> 胃カメラ ↳ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー	放射線検査	<input type="checkbox"/> C T	単純・造影 部位()
	●糖尿病 有・無			<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA	単純・造影 部位()
	●抗血栓薬使用 有・無 抗血栓薬有の場合	薬品名:() 休薬: 可能・不可		<input type="checkbox"/> R I	()
	●前処置(大腸ファイバーのみ) <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関 <input type="checkbox"/> 宇治徳洲会病院			<input type="checkbox"/> R I	原発がん () 照射部位 ()
<input type="checkbox"/> エコー	部位()				