

診療情報提供書 宇治徳洲会病院 心臓センター（受診・検査依頼）

お申込み日 年 月 日

○医療機関名

医院 ・ 診療所 ・ 病院

○医師名

先生

○FAX 送信者

様

○電話番号

()

○FAX 番号

()

宇治徳洲会病院 地域医療連携室 宛

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	T・S・H	年	月	日生
患者氏名	(旧姓)	男	宇治徳洲会病院 受診歴	(有・無・不明)		
		女	宇治徳洲会病院 ID	()		
住所	(〒 -)		日中のご連絡先	(- -)		

ご予約の指定

希望日時	<input type="checkbox"/> 特に希望なし	<input type="checkbox"/> 曜日 または 月 日頃
------	---------------------------------	--------------------------------------

傷病名⇒

(下記にもしてください)

糖尿病 高血圧 脂質異常症 喫煙歴あり 冠動脈疾患 脳卒中 末梢動脈疾患 慢性腎臓病

既往歴・家族歴

紹介目的 (ご希望の検査項目: 下記にしてください)

動脈硬化スクリーニング (下記すべてを行います)
 心電図 / 心エコー / 頸動脈エコー / 腎動脈(および腹部大動脈)エコー / ABI

CT検査 (下記項目をで選択してください) ※胸腹部は放射線科医が読影を行います
 冠動脈のみ 冠動脈+頸胸腹部大動脈 冠動脈+頸胸腹部大動脈+下肢動脈

MRI検査 (下記項目をで選択してください) ※頭部の場合、脳神経外科医の読影も加えますので、結果説明に再診頂くことがあります。
 頭部MRI/MRA+ 頸部MRA 腎動脈 下肢動脈

その他 (右記の紹介目的により検査内容を一任)

結果説明は 宇治徳洲会病院で実施 自院にて実施

治療経過・検査結果・処方など

体重	kg	血清クレアチニン値	mg/dl
----	----	-----------	-------

処方: なし 別紙参照

受診時に処方内容や直近の血液検査データなど添えて頂きますと助かります。よろしくお願いたします。