

# 宇治徳洲会病院 診察・検査依頼用紙

※PET-CT、マンモPET(直通:0774-25-2146)、  
放射線治療科は別紙にてご依頼ください。

お問い合わせ

**FAX 0774-25-2827**

TEL:0774-25-2871(地域連携室直通)  
平日 8:30~19:00/土曜日 8:30~12:30  
紹介状が出来次第FAX送信をお願いします。

患者情報	フリガナ		男・女	生年月日	T S H R	年 月 日
	患者氏名	旧姓 ( )				
	住所	〒 - tel:				

診察依頼	傷病名	受診日までに診療情報提供書のFAXをお願いします。				
	診療科	科 ( ) 医師 ※心臓血管内科は治療計画を行う場合があるため、ご家族との来院をお願いしております。				
	希望日	第一希望: 月 日 第二希望: 月 日 <input type="checkbox"/> 指定無し				

検査依頼	放射線検査	<input type="checkbox"/> CT	撮影部位	単純 / 造影
		<input type="checkbox"/> MR	撮影部位	単純 / 造影 ペースメーカー 無 / 有
		<input type="checkbox"/> RI	検査名	薬品名
		希望日	第一希望: 月 日 第二希望: 月 日 <input type="checkbox"/> 指定無し	
	内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー <small>前処置説明</small> <input type="checkbox"/> 紹介元 <input type="checkbox"/> 宇治徳洲会病院 <small>(平日14:00~16:00実施)</small>		▼ 下記ご確認の上必ずご記入ください。
希望日		第一希望: 月 日 第二希望: 月 日 <input type="checkbox"/> 指定無し		<input type="checkbox"/> 抗血栓薬 無 / 有 薬品名 休薬 可 / 不可 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 無 / 有 薬品名 <input type="checkbox"/> ペースメーカー 無 / 有 <input type="checkbox"/> スtent留置 無 / 有

医療機関名:	医師名:	
TEL:	FAX:	送信者:

備考 /