

# 宇治徳洲会病院 診察・検査依頼用紙

地域医療連携室 直通電話 0774-25-2871

【FAX】 0774-25-2827

【月～金 8:30～19:00】【土曜日 8:30～12:30】

○医療機関名  ( ) 科	○電話番号
○医師名  先生	○FAX 番号 FAX 送信者 ( )

▶ 紹介状が出来次第、  
連携室までFAX 送信お願い致します。

## 患者情報

フリガナ	旧姓	性別	生年月日
患者氏名	二重登録 防止の為 ご記入ください	男 女	T・S・H・R 年 月 日
住所	(〒 - )	電話番号	- -

## 診察依頼

病名 (必須)			
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	希望日	① 月 日 時頃 ② 月 日 時頃 ③ 月 日 時頃

## 検査依頼

内視鏡検査	放射線検査	
<input type="checkbox"/> 胃カメラ(午前のみ) → <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー(午後のみ) → 前処置説明 <input type="checkbox"/> 紹介元 <input type="checkbox"/> 宇治徳洲会病院 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">下記確認の上、必ずご記入ください</div> ● 糖尿病 有 ・ 無 ● 抗血栓薬使用 有 ・ 無 抗血栓薬有の場合 薬品名: ( ) 休 薬: 可 ・ 不可 ● ペースメーカー 有 ・ 無 ● スtent留置 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> C T 単純 ・ 造影 部位 ( ) <input type="checkbox"/> MRI 単純 ・ 造影 <input type="checkbox"/> MRA 部位 ( ) ● ペースメーカー 有 ・ 無 ● スtent留置 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> R I 検査名 ( ) 薬品名 ( ) PET-CT マンモPET RT 別紙にてご依頼お願いします	
希望日	① 月 日 ② 月 日	備考