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	
	紹介目的	**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 □ 指定無し

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

医療機関名：	医師名：	
TEL：	FAX：	送信者：

備考 /