

ヴォーリス記念病院 診療情報提供書(診察・検査)予約申込書

年 月 日

ヴォーリス記念病院

科

先生

ヴォーリス記念病院 地域療養支援部

Tel 0748-36-5451 ・ FAX 0748-36-5412

紹介医療機関名
医師名 <span style="float: right;">(印)</span>
所在地
Tel <span style="float: right;">Fax</span>

フリガナ		性別	生 年 月 日	
患者氏名		男・女	明・大 昭・平	年 月 日 歳
住 所	Tel			

保険者番号:	被保険者氏名	公費負担者番号	
記号・番号: .		公費受給者番号	
資格取得年月日 年 月 日	本人・家族	資格取得年月日	年 月 日
当院受診歴 無 ・ 不明 : 有 ID		負担割合	割

1. 紹介診療予約 : ご希望の診療科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

症状・病名(仮のもので結構です)

{

\*結核等の感染症やその他感染症の疑いがある場合は、その旨を必ずご記入下さい

2. 検査予約 : 症状・病名 \_\_\_\_\_

ご希望の検査項目 (○で囲んで下さい)

\* 上部消化管内視鏡 ・ 腹部エコー \_\_\_\_\_

・感染症: あり・なし (検査実施日: 年 月 日) HBS ( ) HCV ( ) TPHA ( ) 他 \_\_\_\_\_

・薬剤服用: 抗凝固剤 (あり・なし) あり \_\_\_\_\_ 糖尿薬ビグアノイド系 (あり・なし)

・検査日程 ( 至急・ 通常 )

\* CT ・ MRI

・検査する部位 \_\_\_\_\_

・造影剤使用 ( あり ・ なし ) 造影剤アレルギー歴 ( あり・ なし ) 腎障害 ( あり・なし )

・検査日程 ( 至急・ 通常 )

\* ホルター心電図 ・ ホルター血圧計 ・ 頸動脈エコー ・ 心臓超音波 ・ トレッドミル

\* 呼吸器機能検査 ・ 睡眠時無呼吸検査

診療 ・ 検査 のご希望日 第1希望 年 月 日 ( )

第2希望 年 月 日 ( )