

# 東住吉森本病院（診療兼検査予約依頼書）

TEL 0120-65-0343

FAX 0120-10-5260

紹介元医療機関情報		担当：	
名称		緩和ケア科について	
住所	(〒 - )	・緩和ケア入院依頼書と診療情報提供書の 事前FAXが必要です。	
紹介医師名		・緩和ケア入院依頼書はホームページより ダウンロードいただけます。	
電話番号	( ) -	・内容確認に数日お時間を頂戴します。	
FAX	( ) -		
貴院での状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 <input type="checkbox"/> 入院患者		

フリガナ		男	生年	大・昭・平・令	年	月	日
患者氏名	様	女	年月日		満		歳
住所	(〒 - )	電話番号	( ) -				

※予約取得には、必ず診療情報提供書が必要になりますので添付ください。  
依頼内容によっては予約取得までにお時間いただく場合がございますので、予めご了承ください。

予約希望日  指定あり 第一希望 年 月 日 第二希望 年 月 日  
 指定なし  不都合日 ( )

診療申込 希望医師  無  有 ( 先生)

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 肝臓内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 神経内科
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 不整脈外来	<input type="checkbox"/> ペースメーカー外来
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 脊椎外科	<input type="checkbox"/> スポーツ整形

※呼吸器内科は現在予約受付しておりません

検査申込

CT 部位 ( )  単純  造影  
※気管支喘息・甲状腺機能亢進症・腎機能障害の方は禁忌の為、検査出来ません。  
※造影CT検査確認事項 直近2ヶ月以内の採血結果(腎機能数値が分かるもの)を事前にFAX下さい。  
糖尿病  無  有 ビグアナイド系内服  無  有 薬剤名 ( )

MRI 部位 ( )  単純  造影  
※造影MRI検査確認事項 気管支喘息・腎機能障害の方は禁忌の為、検査出来ません。  
※MRI検査確認事項 (ペースメーカー 無  有 ICD 無  有 動脈瘤クリップ 無  有 )

腹部エコー  心臓エコー  頚動脈エコー  下肢静脈エコー  下肢動脈エコー  
 PEG交換  骨塩定量  トレッドミル  その他 ( )  
 上部消化管内視鏡(胃カメラ)  
 下部消化管内視鏡(大腸ファイバー) 抗血栓薬の服用  無  有 薬剤名 ( )

※異常所見判明時の対応について

CT/MRI・内視鏡検査において、早急な処置が必要な所見が見つかった場合、  
本人同意の上、東住吉森本病院 各診療科に直接診察依頼してもよろしいですか。  
 はい  いいえ ⇔ 「いいえ」の場合、終日御連絡可能な番号をお願いします。  
TEL : ( ) -

※ご記載がない場合は当院にて対応させていただく場合がございます。予めご了承ください。  
**当院より確認の連絡をさせていただく場合がございます。**