

## 【検査予約】

## 紹介患者 予約申込・診療情報提供書(紹介状)

下記の方を紹介します。

紹介元医療機関名 (依頼医師名)	TEL( ) FAX( )		
フリガナ	男	生年月日	
患者氏名	女	大正 昭和 平成 令和	
患者連絡先電話番号	様	年	月 日
別紙(P.12)「CT・MRI検査一覧」をご参照いただき、検査部位をご記入ください。 <input type="checkbox"/> CT単純 部位( ) <input type="checkbox"/> MRI単純※ 部位( ) ※「同意書」(様式4)もFAXしてください。 <input type="checkbox"/> X線骨密度測定 <input type="checkbox"/> 歯列矯正用セファロX-P <input type="checkbox"/> インプラントCT ( <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 ) スtent ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 心臓 ※火・木 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 ※月・水・金 <input type="checkbox"/> 長時間記録心電図(ホルター心電図) (読影 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要) <input type="checkbox"/> 長時間記録血圧計(ABPM) <input type="checkbox"/> 脳波検査 ※小児のみ <input type="checkbox"/> 肺機能検査(肺生理2001使用) <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査(PWV/ABI)		
傷病名・紹介目的			
病状経過 及び 検査結果 並びに 治療経過 等	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照(ご本人が当日持参される場合、または一緒にFAXされる場合、 <input checked="" type="checkbox"/> してください)		

【予約手続方法】 希望の予約方法にしてください。

第一希望 第二希望

 FAXにて 月 日( ) 月 日( ) その他:

 ご本人よりお電話 (電話予約専用の「紹介患者予約票」を患者様にお渡しいただき、予約のお電話をしていただくようお願いください。)

FAX (0562)33-0010  
 TEL (0562)33-9858  
 公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC)  
 地域医療連携部門 直通  
 (令和5年5月版)