

# 診察・検査依頼書(FAX送信票)

市立野洲病院 患者サポートセンター

【紹介元医療機関情報】

\* 診察2日前までに診療情報提供書のFAXをお願いいたします

医療機関名

診療科・医師名

TEL

-

FAX

-

-

【診察依頼】

希望診療科	科	希望医師名	医師	<input type="checkbox"/> 事前連絡済 ( 医師)
希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日	<input type="checkbox"/> 希望日無し <input type="checkbox"/> 早期希望
紹介目的	傷病名(症状)			

【検査依頼】

画像診断	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	部位 (症状)	
	<input type="checkbox"/> 造影(3ヶ月以内の腎機能検査結果必要)			
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純		
<input type="checkbox"/> 造影(3ヶ月以内の腎機能検査結果必要)				
<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー				
内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(くち・鼻) <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <b>※鎮静が必要な場合は事前にご連絡ください</b>			
生理検査	<input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波			
	<input type="checkbox"/> 深部下肢静脈超音波 <input type="checkbox"/> 下肢動脈超音波 <input type="checkbox"/> CAVI/ABI			
<input type="checkbox"/> トレッドミル負荷心電図(15歳以上) <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験				
希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日	<input type="checkbox"/> 希望日無し <input type="checkbox"/> 早期希望

【患者情報】

フリガナ				性別	
患者氏名				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)	
住所	〒 -				
電話番号				公費番号	
保険情報	保険者番号				
	記号・番号				
	有効期限	令和 年 月 日	福祉番号		

【問い合わせ先】

市立野洲病院 患者サポートセンター

TEL 077-587-4432(直通)

077-587-1332(代表)

◆ご不明な点は右記連絡先までお問い合わせください。

FAX 077-587-4437

[受付時間] 平日(月~金) 8時30分~19時まで

2025.12