

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 <input type="checkbox"/> 造影(3ヶ月以内の腎機能検査結果必要)	部位 (症状)
	<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 ※鎮静が必要な場合は事前にご連絡ください	
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		福祉番号
	記号・番号		
	有効期限	令和 年 月 日	

【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)
◆ご不明な点は右記連絡先までお問い合わせください。	077-587-1332(代表)
[受付時間] 平日(月～金) 8時30分～19時まで	FAX 077-587-4437

2025.12