東京慈恵会医科大学葛飾医療センター FAX予約診療申込書

<1枚目>
(ファクシミリ用)

医療連携部門 FAX番号 03-3838-9922

□希望する項目にチェックをお願い致します。(*は記入必須項目です)　　年　　月　　日

＊ 診療予約

＊貴 院 名
＊所 在 地
＊T E L
＊F A X
＊医 師 名
＊担 当 者

科　　先生

＊受診希望日時

第一希望　　月　　日 (　　)
第二希望　　月　　日 (　　)
□最短日希望　　□指定なし

＊フリガナ ＊患者氏名　　様 (旧姓:　　)	＊男・女	＊生年月日	明・大・昭・平・令　西暦 年　月　日　(　歳)
＊住所　〒　　ー			＊電話(自宅)　－　－ (携帯)　－　－
葛飾医療センター〔青戸病院〕の受診歴 (無・不詳・有) 診察カード番号			□日本語OK

＊主訴または病名・症状
＊紹介目的　□精査　□転医　□入院　□手術　□その他 (　　)
＊来院方法　□独歩　□車イス　□ストレッチャー　□その他 (　　)
＊入院中であれば貴院DPC算定　有　無
＊付き添い　有 ・ 無

以下の検査のみをご依頼の場合は、下記欄にご記載ください。

□ 放射線検査予約(検査項目・部位および造影指示をお選びください。尚、MRIは1検査につき1部位となります。)

1. CT　①頭部 ②副鼻腔 ③頚部 ④胸部 ⑤腹部 ⑥骨盤 ⑦脊髄 ⑧四肢 ⑨その他(　　)
*造影指示 : 単純のみ ・ 適宜 ・ 単純と造影 ・ 造影のみ

2. MRI
①頭部(脳・後頭蓋窩・下垂体・眼窩・内耳道・副鼻腔)　⑥頚椎
②頚部(上中下咽頭・耳下腺・顎下腺)　⑦胸椎
③胸(心大血管・肺・縦隔・乳腺)　⑧腰椎
④腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・副腎・腹部大動脈)　⑨その他(　　)
⑤骨盤(膀胱・前立腺・子宮・卵巣)　⑩MRA希望(部位　　)
*造影指示 : 単純のみ ・ 適宜 ・ 単純と造影 ・ 造影のみ

3. 骨塩定量

□生理機能検査予約(検査項目をお選びください。)

1. 心電図検査　2. ホルター心電図検査　3. 脳波検査　4. 心臓超音波検査
5. 肺機能検査(スパイロメトリー)　6. 呼気中一酸化窒素濃度(FeNO)検査

【注意事項】
・救急患者や時間外のご紹介については、代表へお電話いただき、救急で受診したい旨お申し出ください。
・放射線検査予約・生理機能検査予約とも小児のご予約は承っておりませんので予めご了承願います。
・セカンドオピニオン外来をご希望の場合は別途お問い合わせください。

【お問い合わせ】　東京慈恵会医科大学葛飾医療センター　入退院・医療連携センター
TEL:03-3603-2111　FAX:03-3838-9922
受付時間:月曜日～金曜日 8:45～19:00 土曜日 8:45～17:30
休診日:日曜日・祝祭日・5月1日・10月第2土曜日・年末年始(12月29日～1月3日)