

東京慈恵会医科大学附属第三病院 診察・検査予約申込書 (FAX送付用)

医療連携室 FAX番号 03-3430-3611

*は記入必須項目です。 平成 年 月 日

□診療予約 * 貴院名
 * 所在地
 * TEL
 * FAX
 * 医師名

* 科 先生

* 受診・検査希望日時
 第一希望 月 日 () 時 分
 第二希望 月 日 () 時 分

*フリガナ	明・大・昭・平
*患者氏名 様	*男・女 *生年月日 年 月 日 歳
*住所 〒 -	*電話(自宅) - - (携帯) - -
*当院での受診歴 (無 ・ 不詳 ・ 有)	当院診察カード番号

*主訴または病名・症状

*紹介目的 入院 ・ 転医 ・ 精査 その他 ()
 手術 ・ リハビリテーション 患者返送希望 (有 ・ 無)

*来院方法 独歩 ・ 車イス ・ ストレッチャー その他 ()

*貴院に入院中ですか (いいえ ・ はい → 入院中の場合の来院者 (本人・代理受診()))

□ 画像診断検査予約 (検査項目・部位をお選びください。尚、MRIは1検査につき1部位となります。)

1. C T ①頭部 ②副鼻腔 ③頸部 ④脊髄 ⑤腹部 ⑥胸部 ⑦骨盤 ⑧四肢 ⑨その他 ()
- ①頭部(脳・後頭蓋窩・下垂体・眼窩・内耳道・副鼻腔・脳MRA) ⑥頸椎 ⑦胸椎 ⑧腰椎
 ②頸部(上中下咽頭・耳下腺・顎下腺・頸動脈) ⑨四肢(肩・膝・肘・手関節・足関節・指趾)
2. MRI ③胸(心大血管・肺・縦隔) ⑩その他 ()
 ④腹部(肝胆脾・腎臓・副腎・MRCP・腹部大動脈) 5.その他 ()
 ⑤骨盤(膀胱・前立腺・子宮・卵巣・股関節)
3. 超音波 ①上・下腹部 ②乳腺 ③甲状腺 ④頸動脈 ⑤表在・その他 ()
4. 核医学 腎・脳血流検査は、カッコ内のどちらかに○をお願いいたします。循環器核医学検査のご予約は承っておりません。
 ①骨シンチ ②ガリウムシンチ ③腎(静態 動態) ④脳血流(安静 負荷) ⑤その他 ()

□ 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. 呼吸機能検査(肺機能・簡易法)
 5. 筋電図検査 ①神経伝道速度検査[検査部位:] ②針筋電図検査[検査部位:]

*保険情報 (保険情報は、保険証の写でも結構です。)*後期高齢者医療・公費情報 公費情報

保険者番号	負担者番号	負担者番号
記号	受給者番号	受給者番号
被保険者との続柄 本人・家族	負担割合	1・2・3

【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をお申し出ください。救急部、または時間帯によって、各科外来・各科救急担当医へ電話をおつなぎします。
- セカンドオピニオン外来をご希望の場合は別途医療連携室までお問合せください。

【お問い合わせ】 東京慈恵会医科大学第三病院 総合医療支援センター 医療連携室
 TEL:03-3430-3600(直通) 03-3480-1151(代表/内線:3804、3830) FAX:03-3430-3611
 受付時間:月曜日 ~ 土曜日/8:45 ~ 18:00
 休診日:日曜日・祝祭日・5月1日・10月15日・年末年始(12月29日~1月3日)

送信方向 FAX: 03-3430-3611