

\*は記入必須項目です。

年 月 日

□診療予約

\* 貴 院 名

\* 科 先生

\* 所 在 地

\*受診・検査希望日時

\* T E L

第一希望 月 日 ( ) 時 分

\* F A X

第二希望 月 日 ( ) 時 分

\* 医 師 名

\*フリガナ

大・昭・平・令

\*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 精査 ・ 転医 ・ 入院 ・ 手術 ・ リハビリ ・ その他( )

緩和ケア外来 ・ 緩和ケア病棟初診面談 ※緩和ケア病棟初診面談用事前確認票あり

\*該当の場合にレをお願いします。 □ 入院中(来院者: 本人・代理受診( )) □ ストレッチャーで来院

\*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									
記号	番号								
本人・家族	負担割合	2割	3割						

負担者番号									
受給者番号									
負担割合	1割	2割	3割						

負担者番号									
受給者番号									

## 【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。各科救急担当医または救急部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。

□ 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胸部 ⑤腹部 ⑥骨盤 ⑦脊髄 ⑧四肢 ⑨その他( )
2. MRI (事前確認票あり)	①頭部(脳・後頭蓋窩・下垂体・眼窩・内耳道・副鼻腔・脳MRA) ②頸部(上中下咽頭・耳下腺・顎下腺・頸動脈) ⑤骨盤(膀胱・前立腺・子宮・卵巢・股関節) ③胸(心大血管・肺・縦隔) ⑥頸椎 ⑦胸椎 ⑧腰椎 ④腹部(肝胆脾・腎臓・副腎・MRCP・腹部大動脈) ⑨四肢(肩・膝・肘・手関節・足関節・指趾)
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(ECD IMP) ⑤その他( )
5. 一般撮影	①マンモグラフィー ②セファロ ③骨塩定量検査(腰椎+両股関節・全身・その他( ))
6. その他	

□内視鏡検査 (検査前チェック票あり) 胃内視鏡

□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. 筋電図検査 神経伝道速度検査[部位: ]

□動脈硬化検査予約

以下の検査をすべて実施します

1. 動脈硬化検査セット[超音波検査(頸動脈)/ABI(CAVI(血圧脈波)含む)/血液検査(脂質異常等)]

【お問い合わせ】東京慈恵会医科大学西部医療センター 患者支援・医療連携センター 医療連携室

TEL:03-3430-3600(直通) 03-3480-1151(代表) 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・大学記念日(5月1日・10月第2土曜日)・年末年始(12月29日~1月3日)