

地域連携・入退院支援室 宛



桜橋渡辺未来医療病院 診察・検査申込書

ご紹介元施設

貴施設名称		
所在地		
電話番号		
FAX番号		
医師氏名	科	先生

ご依頼内容

- 診察 検査のみ (心エコー エルゴメーター ホルター 経食道心エコー)
- 造影冠動脈CT検査 ⇒ 血清クレアチニン () mg ※6か月以内の採血結果
- 非造影冠動脈硬化検査 (カルシウムスコア・メタボリックシンドローム評価)

診察ご希望担当科・医師

- 循環器内科 → (冠疾患科 不整脈科 フットケア 下肢静脈瘤)
- 心臓血管外科 指名医師: _____

※指定医師の希望がない場合は、希望日を優先させていただきます。参考となる症状・病名等を備考欄にご記入ください。

備考欄

受診・検査希望日 いつでも可 希望あり(①~③希望) 都合の悪い日

- ① _____年 _____月 _____日 (_____曜) 午前・午後 _____時頃 (_____日)
- ② _____年 _____月 _____日 (_____曜) 午前・午後 _____時頃 (_____曜日)
- ③ _____年 _____月 _____日 (_____曜) 午前・午後 _____時頃

ご紹介患者様情報 (当院受診歴 なし あり 不明) (患者 ID: _____)

フリガナ		1. 男性	生年月日	明・大・昭・平
氏名	様	2. 女性	年 月 日	
住所	〒 _____	(_____歳)	電話番号	
保険者番号	_____	公費負担者番号	_____	
記号・番号	_____	公費受給者番号	_____	
被保険者氏名	(本人・家族)	負担割合	()割	一部負担金助成(無・有)
移動方法: <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行				
現状: <input type="checkbox"/> 入院中(□DPC 対応 □DPC 非対応) <input type="checkbox"/> 通院中(□貴院にて待機中 □帰宅)				
外国人の方: 日本語(可・不可) 会話可能な言語() 日本語がわかる方の付き添い(有・無)				

※診療情報提供書ならびに健康保険証の原本は当日総合受付へご提出ください

お問い合わせ: 地域連携・入退院支援室 (直通) TEL06-6676-8257 FAX06-6676-8258

TEL 受付時間: 平日 9時から 18時 土曜日 9時から 13時 (※第3土曜日休診)