

刈谷豊田総合病院 診療・検査予約申込書 (診療情報提供書)

患者さんの同意の下、お申込みください

☐ KTメディネットで予約済 予約日時 年 月 日 (曜日) 時 分

☐ 貴院へ予約票を送付 希望日 ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ☐ 希望日なし

☐ 患者さんから電話連絡 (2週間以内に地域連携室へご連絡いただけるようお願いください)

緊急性 ☐ 緊急性あり ※当日のご依頼はお電話にてご連絡ください
☐ 準緊急
☐ 緊急性なし

☐ 診療紹介 科 ☐ 医師指定なし ☐ 医師指定あり (医師)

☐ 検査紹介

☐ CT (部位:) 単・造 ☐ MRI (部位:) 単・造

※造影撮影、大腸CT検査をご依頼の場合: CRE () eGFR () 採血日 (年 月 日)

造影撮影、大腸CT検査をご依頼の場合は検査日3ヶ月以内の腎機能がeGFR60以上であることが必要です

☐ 超音波 (部位:)

☐ 骨塩定量 ※『腰椎+大腿頸部 右側』以外の部位をご希望の場合はその旨をお知らせください

☐ 心エコー ☐ トレッドミル ☐ ホルター心電図 ☐ 脳波

☐ その他 (ご依頼内容:)

上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ) をご依頼いただく場合は専用の申込書にてお申し込みください。

PET/CT検査をご依頼いただく場合は専用の依頼書を添付してお申し込みください。

フリガナ		性別	生	大正・昭和・平成・令和・西暦	
患者氏名	様	男・女	年 月 日	年 月 日 (才)	
住所	〒			連絡先1	- -
				連絡先2	- -
当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり (診察券No.) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			来院当日の状況	通院中・入院中
旧姓	紹介元御施設において旧姓確認をお願いする場合がございます。予めご了承ください。			保険情報は来院当日に確認いたします	

《 診断名・紹介目的 》 ☐ 別紙添付

《 経過・検査結果・症状・処方・その他 》 ☐ 別紙添付

《 既往歴 》 ☐ 別紙添付

留意事項

- 体内金属 (無・MRI対応金属有・MRI非対応金属有) ●ペースメーカー (無・有)
- 埋込型除細動器 (無・有) ●糖尿病治療薬 (無・有)
- 甲状腺疾患 (無・有) ●喘息 (無・有) ●薬物アレルギー (無・有 :)

医療機関名 年 月 日

(TEL)

(FAX)

医師名 印

刈谷豊田総合病院 地域連携室 TEL: (0566) 25-8304 FAX: (0566) 27-6956

地域連携室使用欄	診察券番号:	予約日時:	<input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> 医事 <input type="checkbox"/> 履歴
KD地連-Q10083(01)			