

紹介患者様事前受付 FAX 用紙（検査依頼）

①紹介元医療機関名	③電話番号
②御担当医師名	④FAX番号
	⑤送信者御氏名 先生

●希望日

・第一希望	月	日	()	・第三希望	月	日	()
・第二希望	月	日	()	<input type="checkbox"/> 特になし			

●検査依頼 該当の項目にチェックおよびご記入をお願いします。

放射線検査 ※希望される画像出力方法（どちらか一つをお選び下さい） [CD・フィルム]

<input type="checkbox"/> MRI 撮影部位 () [<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影]	*造影剤 要の場合 血清クレアチニン _____ mg/dl 測定日 _____ / _____ / _____ ※予約時に検査されていない場合は当日までにご準備ください。
・心臓 [°] -スモーカー [<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無]	
・脳動脈クランプ [°] [<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無]	
<input type="checkbox"/> CT 撮影部位 () [<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影]	
・造影剤（要）の場合 ビグアナイド系糖尿病薬 [<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無]	
<input type="checkbox"/> RI 検査種別： <input type="checkbox"/> 骨シンチ・ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ・ <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 骨塩定量（DXA法）	

内視鏡・超音波検査

<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡	
<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡	※前日の前処置から当院で施行する場合は、消化器内科へご紹介ください。
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	※オープン検査依頼は腹部のみです。その他は該当の診療科へご紹介ください。

●患者情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大 昭・平 年 月 日
住所	〒 _____	電話 ()	_____
当院受診歴	有 (ID _____)・無	貴院では	外来通院中・入院中

被保険者情報（任意）：記入省略のため、保険証またはカルテのコピーを同時に FAX 可。

保険者番号		公費	
記号	番号		
被保険者	本人・家族	交付年月日	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日	負担割合	0・1・2・3・10割
有効期限	年 月 日		

●お問い合わせ先

京都桂病院 地域医療福祉連携室

受付時間：平日8：30～20：00（木曜日は17：30まで）※FAX受信は24時間可

TEL：0120-01-9991 075-392-9915

FAX：075-393-8101

* FAX受信後、折り返し「受診日のお知らせ」と「検査注意事項」をFAX送信させていただきます。