診療情報提供書（診察・検査依頼）PET−CT 依頼は別用紙となります

病診連携室／直通電話(0587)51-3344・FAX(0587)51-3343　　時間外受診時／代表電話(0587)51-3333・FAX(0587)51-3300

ＪＡ愛知厚生連　江南厚生病院

年　　月　　日

科　　先生

＊依頼　□診察・□検査
＊予約　□有・□無
＊移動　□独歩・□車椅子・□ストレッチャー・□救急車

【希望日時】　　年　　月　　日（　　：　　）

＊保険証のコピーをＦＡＸされる場合は保険の記入は不要です。

病医院名	
医師名	印
TEL（　　）　－	FAX（　　）　－

受診者	フリガナ		住所	〒＿＿＿－＿＿＿＿
	氏名	様(旧姓)＿＿＿＿		
	男 女	明･大･昭･平　　年　　月　　日生(　　才)		TEL（　　）　－

保険	主保険	保険者番号	記　　号	番　　号
		被保険者名	資格取得日　　年　　月　　日	有効期限　　年　　月　　日
	公費	子 障 母 傷 結 精 原 特疾 前高 後高 福	負担者番号	受給者番号
		負担割　　割	資格取得日　　年　　月　　日	有効期限　　年　　月　　日

検査項目【○で囲んで下さい】・Ｃ　Ｔ(単純･造影)・**ＭＲＩ**(単純･造影)・**アイソトープ･･･部位**(　　)

造影・ＭＲＩは「**造影ＣＴ問診票及び同意書**」・「**ＭＲＩ問診票及び造影同意書**」も併せてご記入下さい。

・**胃カメラ** 抗コリン剤使用にあたり･･･心疾患(有・無) 前立腺疾患(有・無) 緑内障(有・無)

胃透視のフィルムがあれば貸出をお願い致します。抗血小板・抗凝固剤服用中の場合は５日前から中止。

・**胃瘻交換**　機種名（　　）抗血小板・抗凝固剤服用中の場合は５日前から中止。

・**超音波**(腹部・心臓・甲状腺)　心臓超音波の場合、胸部Ｘ－Ｐがあれば貸出をお願い致します。

・**脳　波**　　**＊貸出資料**･･･フィルム・検査結果・その他（　　）

傷病名・紹介目的	ＨＢｓ抗原(　　) ＨＣＶ(　　) 梅　毒(　　) ＭＲＳＡ(　　)
既往歴・家族歴	

症状及び治療経過
検査結果等

現在の処方

＊予約票をFAX返信致しますので患者様にお渡し下さい。受付時間以降は翌診療日 8:30 以降の返信となります。　□スキャン済

＊緊急時や入院要請は上記代表電話にて、各科へ直接ご連絡をお願い致します。　　FAX・江南厚生病院用