

# 検査依頼票兼診療情報提供書

[見本]

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター  
〒578-8588 担当医 ( ) 科) 殿

東大阪市西岩田3丁目4番5号

代表電話 06-6781-5101 地域医療連携室電話 06-6782-5619

依頼日 年 月 日

<b>依頼先 FAX</b>	<input type="checkbox"/> <b>地域医療連携室</b> 06-6782-5610 (FAX) 平日 9時～19時30分 土曜日 9時～12時30分	<input type="checkbox"/> <b>内視鏡室</b> 06-6787-2542 (FAX) 平日9時～19時(※木曜日は17時まで)
--------------------	---	--

<b>御依頼者</b>	医療機関名 (登録番号)	No.	<b>返信方法</b>
	住所・電話番号	TEL	<input type="checkbox"/> 先生へ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	医師氏名	印	<b>FAX 番号</b>

<b>患者情報</b>	患者氏名 性別 生年月日	氏名 ふりがな	旧姓	当院の受診歴 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S・H・R 年 月 日	
	<b>※下記の項目は、貴院のカルテのコピーでも結構です。</b>						
	住所・電話番号	TEL					

健康保険証	<input type="checkbox"/> 本人	記号	番号	保険者番号	公費負担者番号	公費受給者番号
公費医療保険証	<input type="checkbox"/> 家族					

<b>依頼内容</b>	<b>地域医療連携室</b>						
	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 分娩予約 <input type="checkbox"/> 手術・治療を要する <input type="checkbox"/> 入院治療を要する	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> トレッドミル	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 神経伝導検査	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT 造影 ( <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ) <input type="checkbox"/> 心臓CT <input type="checkbox"/> DEXA <input type="checkbox"/> 核医学 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">部位</span>	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> インプラント 会社名: _____ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	診察希望日 分娩予定日	月 日 時頃	<b>内視鏡室</b>	上部・下部・治療			

<b>診療情報提供</b>	傷病名 / 既往歴	VTEパソケ月後				
	病状経過 検査結果 治療経過 現在の処方 家族歴 / 備考	<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">【VTEパソケ月後】と、 【傷病名/既往歴】の部分か 備考欄にご記入ください</p>				
	特記事項があればお願いします。 癌が発見された場合、引き続き当院での癌治療を希望されますか ( はい・いいえ )					

※診察・検査のご予約は、上記各依頼先にFAXして下さい。折り返し予約票をFAXいたします。  
 ただし予約受付時間外のご依頼は、翌日若しくは休日明けの日にご連絡いたします。  
 緊急の場合や時間外は救急外来にご連絡下さい。  
 救急外来 電話：06-6781-5101 FAX：06-6781-5107

# 検査依頼票兼診療情報提供書

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター  
 〒578-8588 担当医 ( ) 科) 殿  
 東大阪市西岩田3丁目4番5号  
 代表電話 06-6781-5101 地域医療連携室電話 06-6782-5619

依頼日 年 月 日

<b>依頼先 FAX</b>	<input type="checkbox"/> <b>地域医療連携室</b> 06-6782-5610 (FAX) 平日 9時～19時30分 土曜日 9時～12時30分	<input type="checkbox"/> <b>内視鏡室</b> 06-6787-2542 (FAX) 平日9時～19時(※木曜日は17時まで)
--------------------	---	--

<b>御依頼者</b>	医療機関名 (登録番号)	No.	<b>返信方法</b>
	住所・電話番号	TEL	<input type="checkbox"/> 先生へ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	医師氏名	印	<b>FAX 番号</b>

<b>患者情報</b>	患者氏名 性別 生年月日	氏名 ふりがな	旧姓	当院の受診歴 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S・H・R 年 月 日	
	<b>※下記の項目は、貴院のカルテのコピーでも結構です。</b>						
	住所・電話番号	〒	TEL				

健康保険証	<input type="checkbox"/> 本人	記号	番号	保険者番号	公費負担者番号	公費受給者番号
公費医療保険証	<input type="checkbox"/> 家族					

<b>依頼内容</b>	<b>地域医療連携室</b>					
	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 分娩予約 <input type="checkbox"/> 手術・治療を要する <input type="checkbox"/> 入院治療を要する	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> トレッドミル	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 神経伝導検査	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT 造影 ( <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ) <input type="checkbox"/> 心臓CT <input type="checkbox"/> DEXA <input type="checkbox"/> 核医学 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">部位</span>	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> インプラント 会社名： <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	診察希望日 分娩予定日	月 日 時頃	<b>内視鏡室</b>	上部・下部・治療		

<b>診療情報提供</b>	傷病名 / 既往歴	<b>VTEパス ヶ月後</b>
	病状経過 検査結果 治療経過 現在の処方 家族歴 / 備考	特記事項があればお願いします。  癌が発見された場合、引き続き当院での癌治療を希望されますか ( はい・いいえ )

※診察・検査のご予約は、上記各依頼先にFAXして下さい。折り返し予約票をFAXいたします。  
 ただし予約受付時間外のご依頼は、翌日若しくは休日明けの日にご連絡いたします。  
 緊急の場合や時間外は救急外来にご連絡下さい。  
 救急外来 電話：06-6781-5101 FAX：06-6781-5107