

滋賀医科大学医学部附属病院 患者支援センター

FAX 077-548-2792

診察・検査依頼書（FAX送信票）

<紹介元医療機関情報>

依頼日 年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

連絡先：(TEL) — — (FAX) — —

<診察依頼>

傷病名・紹介目的（部位・症状等 簡単に結構ですので、必ず記入をお願いいたします。）

☐ 地域連携パス使用中（種類： ） ☐ 入院中

入院希望

(注) 当院には、開放型病床はありません。

☐ なし ☐ あり（受診後に決定） ※精神科は予め下記宛てにご連絡願います。

希望診療科（希望診療科に印を付けてください。）

希望医師名

医師

循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	血液内科	糖尿病内分泌内科	腎臓内科	脳神経内科	腫瘍内科	小児科	精神科	皮膚科	消化器外科	乳腺・小児一般外科	形成外科	心臓血管外科	呼吸器外科	整形外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	母子・女性診療科	泌尿器科	眼科	麻酔科	ペインクリニック科	放射線科	歯科口腔外科	総合診療科	膠原病センター
-------	-------	-------	------	----------	------	-------	------	-----	-----	-----	-------	-----------	------	--------	-------	------	-------	-------------	----------	------	----	-----	-----------	------	--------	-------	---------

診察希望日 ① 月 日 () ② 月 日 () ③ ☐ いつでもよい診察緊急度 依頼日から ☐ 当日 ☐ 1週間以内 ☐ 2週間以内 ☐ 1ヶ月以内

<検査依頼>

検査名・検査目的（部位・症状等）

CT検査時 ペースメーカ・ICD ☐ なし ☐ あり・造影：☐ なし ☐ ありMRI検査時 ペースメーカ・ICD ☐ なし ☐ あり・(PET検査を依頼される場合のみ) CT・MR検査：☐ 済 ☐ 未実施その他の体内金属 ☐ なし ☐ あり

・上部消化管内視鏡検査

◆内視鏡の挿入ルート希望（☐ 経口 ☐ 経鼻 ☐ どちらでも良い）

◆鎮静希望（無・有）

※有の場合は、付き添いの方との同伴が必要です。また自身で運転しての来院はできません。

※当日、医師の問診の結果、鎮静不可と判断する場合があります。ご了承ください。

抗血栓薬の服用（無・有）（薬剤名： ）

※抗血栓薬の薬剤によって、生検ができない場合があります。

検査希望日 ① 月 日 () ② 月 日 () ③ ☐ いつでもよいその他
(連絡事項等)

重要：MR対応型であっても、植込み型のペースメーカや除細動器（ICD）が体内に入った患者さんのMRI検査依頼を直接お受けすることはできません。

*FAXでの受付は平日8:30~19:00、土曜日9:00~12:30（祝祭日、年末年始（12月29日から1月3日）を除く）です。
時間外の受信については翌日（平日）に返信いたします。土曜日はFAXのみの対応となり、お電話での対応はいたしかねます。

<患者基本情報>

フリガナ		旧姓	性別	生 年 月 日
患者氏名			☐ 男 ☐ 女	年 月 日 () 歳
住 所 連 絡 先	〒 — — (TEL) — —			
本院受診歴 (ご協力ください。)	☐ なし ☐ あり（診察券番号： — — ） ☐ 不明 本院は、全科共通1患者1診療録、診察券番号は永久使用で運用しております。			

<保険情報>

☐ 交通事故 ☐ 労災

公費受給者証	☐ なし ☐ あり	福祉医療券	☐ なし ☐ あり
--------	---	-------	---

<問合せ先>

平日8:30~19:00	左記以外（時間外・休日・年末年始）救急対応のみ
患者支援センター (TEL) 077-548-2515（直通）	救急受付（各科当直医が対応） (TEL) 077-548-2770（直通）