

# 信楽園病院紹介患者FAX送信票

令和 年 月 日

地域医療連携室直通 FAX(025)260-8102 TEL(025)260-8101

貴 医 療 機 関	
医 師 ご 氏 名	先生
ご 住 所	
T E L	TEL — —
F A X	FAX — —
紹 介 目 的	
診 療 希 望 日	第1希望 月 日 ( 曜日) 第2希望 月 日 ( 曜日)
受 診 時 来 院 方 法	救急車・自家用車・タクシー・施設送迎・福祉タクシー・バス・徒歩
診 療 希 望 科	( 科 )( 医師)
希 望 検 査	検査名( ) 診療(要・不要) 造影剤の使用(有・無) 検査の診断(要・不要) ※検査は予約状況により、診療当日に施行できない場合もあります。 ※内視鏡検査や造影剤を必要とする検査は、診療が必要となります。

**内視鏡検査をご依頼の場合は以下の状態をお聞かせください。(有または無に○をお付けください)**  
 ●抗凝固剤・抗血小板剤服用(有・無) 有の場合・・・上部内視鏡検査の方は別紙にて詳細をお知らせ下さい  
 下部内視鏡検査の方は内服情報をお知らせ下さい  
 ●心臓ペースメーカー(有・無)

**単純CT検査をご依頼の場合は以下の状態をお聞かせください。(有または無に○をお付けください)**  
 ●心臓ペースメーカー・体内除細動器(ICD)(有・無) ●妊娠(有・無)

**造影CT検査をご依頼の場合は以下の状態をお聞かせください。(有または無に○をお付けください)**  
 ●心臓ペースメーカー・体内除細動器(ICD)(有・無) ●造影剤アレルギー(有・無)  
 ●その他の薬剤アレルギー(有・無) ●気管支喘息・その他のアトピー性疾患(有・無) ●妊娠(有・無)  
 ●eGFR値( )ml/min/1.73m<sup>2</sup>以上[3か月以内の値](検査日 年 月 日)  
 ●ビグアナイド系経口糖尿病薬(有・無)・・・有の場合は検査日を含み前後2日間の休薬指示をお願いいたします

**MRI検査をご依頼の場合は以下の状態をお聞かせください。(有または無に○をお付けください)**  
 ●手術クリップ(有・無) ●体内金属片(有・無) ●心臓ペースメーカー(有・無) ●人工内耳(有・無)  
 ●心臓人工弁(有・無) ●可動義眼(有・無) ●閉所恐怖症(有・無) ●刺青(有・無) ●妊娠(有・無)  
 ●その他( )

## 患者基本情報

ふりがな	男	生年月日
氏名 様	女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所 〒 — —	TEL ( ) —	
市 区		

## 保険証等情報

保険者番号	被保険者証記号番号
(被保険者との続柄 本人・家族)	(高齢受給者証 有・無 … 負担割合 1割・3割)
後期高齢者医療被保険者番号 (一部負担金 1割・3割)	被保険者番号
公費負担者番号	公費受給者番号

信楽園病院の受診歴がある方で、カルテ番号がおわかりでしたらご記入をお願いします。

—