

信楽園病院紹介患者FAX送信票

令和 年 月 日

患者サポートセンター 直通		FAX (025)260-8102	
		TEL (025)260-8101 (受付時間:8:30~17:15)	
貴医療機関		担当者氏名:	
医師ご氏名		先生	
ご住所			
T	E	TEL	— —
F	A	FAX	— —
紹介目的		※可能な限り、紹介状の添付をお願いいたします	
診療希望日		第1希望 月 日 (曜日)	
		第2希望 月 日 (曜日)	
		※当日お急ぎの場合は、ご連絡をいただけますと幸いです	
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)	
●患者さんが待合室で 待っている 待っていない			
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があります。 ※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 ² 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	年齢	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 ※初診の方は保険情報の添付をお願いいたします			
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、カルテ番号がわかりましたらご記入をお願いします。			
□ □ — □ □ □ □ □ □			
〒950-2087 新潟市西区新通南3丁目3番11号			
社会福祉法人 新潟市社会事業協会 信楽園病院(代表) TEL025-260-8200 FAX025-260-8199			
令和8年3月改定			