

岐阜赤十字病院 FAX予約申込票

地域医療連携センター 直通TEL:058-296-5550, 058-296-5551 代表TEL:058-231-2266

FAX : 058-231-3026
 受付時間：9時～19時（平日） 9時～12時30分（土曜日）

依頼機関情報	
医療機関名:	
医師名:	
電話番号:	FAX番号:

依頼内容				
(フリガナ)	生年月日	性別		
氏名	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	男・女		
住所	〒 - - <input type="checkbox"/> 別紙参照			
電話番号	- -	携帯番号	- -	
保険	<input type="checkbox"/> 社保・国保・後期高齢 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 自費			
希望診療科	科		医師	
診断名・症状	<input type="checkbox"/> 別紙参照			
希望日	年 月 日 ()		<input type="checkbox"/> 希望なし	
その他希望事項 ()				
依頼内容	<input type="checkbox"/> 診察			
	<input type="checkbox"/> 検査			
	<input type="checkbox"/> CT* (部位:)	造影あり / なし	*造影ありの場合は検査数値の記入をお願いします	
	<input type="checkbox"/> MRI* (部位:)	造影あり / なし	クレアチニン()	eGFR()
	<input type="checkbox"/> MRI・A* (部位:)	造影あり / なし	測定日:	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 超音波検査 (部位:)			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (①～⑥まで記入をお願いします)			
	① 希望検査 <input type="checkbox"/> CF (大腸カメラ) <input type="checkbox"/> GIF (胃カメラ)			
	② 基礎疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
③ 鎮静剤使用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不明				
④ 抗血栓薬法 <input type="checkbox"/> 内服していない <input type="checkbox"/> 内服している (薬剤名:)				
⑤ ④で内服している場合の休薬可否 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (検査 日前より休薬可) ※休薬日数に関しましては「抗血小板薬・抗凝固薬の休薬について」をご参照ください。				
⑥ ペースメーカーの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
⑦ 最終結果説明 <input type="checkbox"/> 紹介元で説明 <input type="checkbox"/> 岐阜赤十字病院で説明				