

大垣徳洲会病院「診療・検査予約申込書」 自賠責診療の方

年 月 日

※施設入所中の方は施設名もご記入下さい。()	電話	
	FAX	

【患者様の情報】

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
氏名		男・女	住所 電話番号			
大垣徳洲会病院受診歴 (有・無) 診察券番号 ()						

【予約内容】 希望される予約に を付けてください

希望日	第1希望日	月	日	第2希望日	月	日
-----	-------	---	---	-------	---	---

【診断名または臨床症状】

<input type="checkbox"/> 診察の予約を希望する	<input checked="" type="checkbox"/> 診察時のCD-R	有・無	(※CD取込みにお時間かかります)
希望診療科	希望があれば担当医師		

検査の予約を希望する 下記の検査以外 (脳波・NCV・セファロ)

- 依頼検査項目に○印を付けてください
- 部位を記入して、造影法・画像・持ち帰りの有無にも○印を付けてください
 ※造影ありの場合は、クレアチニン (mg/d l) 記入し、結果を FAX してください
 測定 年 月 日 eGFR 値 ()
 ビグアイド系糖尿病薬使用 (有・無)
 薬剤アレルギー (有・無) 薬名 _____ 喘息 (有・無)
 MRCP 検査を行われる方へ ブスコパン(可・否) グルカゴン(可・否)
 ※MRI 検査を行われる方へ 体内金属の有無 (無・有 ⇒ 部位: _____ いつ頃: _____)
 刺青の有無 (無・有)、ペースメーカー(無・有) ※最終手術後に撮影しましたか(無・有)
- 現在、妊娠中ですか? はい いいえ 不明 上記の項目を確認し、検査可能と判断しました

X-P	部位		
CT	部位	造影	有 無
MRI	部位	造影	有 無
MRA	部位	造影	有 無
CD-R		本人持ち帰り	医院郵送

※CT・MRI・MRA の検査はすべて読影し、結果は後日 FAX・郵送させていただきます。

下記の日時に予約しました。

年 月 日 () 午前・午後 時 分

電話 : 0584-84-2016 FAX : 0584-77-6185

◎当日の診療状況によっては待ち時間が多く発生する場合がございます。ご了承下さい。

【当日にご持参いただくもの】

保険証、公費負担受給者証、お薬手帳、予約票、紹介状、診察券 (すでに当院診察券をお持ちの方)