

地域医療連携室・診療申込書

紀南病院

紹介元医療機関名:

住 所:

T E L:

F A X:

医師名:

科

医師

ふりがな	生年月日	男・女
患者氏名	大・昭・平・令	年 月 日生()歳
患者住所(〒)	電話 ()	
	携帯電話 ()	

傷病名
紹介目的

当院受診歴 あり・なし 旧姓:()

●依頼内容 外来受診(希望日① 月 日・② 月 日・③ 月 日) (入院中受診)
備 考:

検査依頼 (下記にご記入下さい。)

《撮影部位》 頭部 頸椎 胸部 腹部(全腹・上腹・下腹) 腰椎
 四肢() その他()

《検査項目》 ■ C T 単純 造影 冠動脈CT

■ M R I 単純 造影(肝臓 それ以外) ※造影剤が異なるため同時撮影はできません

MRIをご希望の場合は必ず右記の項目をご確認下さい。

■ R I 骨シンチ その他()

■ 超音波検査他 腹部エコー 頸動脈エコー

心エコー 甲状腺エコー

ABI 副甲状腺エコー

脳波

肺機能検査 骨塩定量検査

その他

()

MRIは下記で「有」の方の検査はできません

●心臓ペースメーカー (有・無)

●人工内耳等の電極 (有・無)

●MRI対応でない脳動脈クリップ

材質不明の場合も不可 (有・無)

造影MRIは下記で「有」の方の検査はできません

●気管支喘息 (有・無)

●薬物アレルギー (有・無)

* 里帰り出産ご予約の方は帰省先の住所・旧姓をご記入ください。

()

FAX	0739-22-1023	和歌山県田辺市新庄町46番地の70
TEL	0739-22-5118・5114	紀南病院 地域医療連携室