

水戸済生会総合病院　　水戸市医師会病棟

水戸済生会総合病院　　地域医療連携室

TEL 029-254-9067　　FAX　029-254-8155

TEL 029-254-9067　　FAX　029-254-1637

**外 来 予 約 ・ 検 査 予 約 申 込 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 水戸済生会総合病院 | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | 医師名 | | | | |  | | | |
|  | | | | 科 | 医師名 | | | |  |  | TEL | | | | |
| 医師を指定されない場合は、診療科のみご記入ください | | | | | | | | | | | FAX | | | | |
| 水戸済生会総合病院　受診歴　：　無 ・ 有（ID　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | 男 ・ 女 | 生年月日 | | | | | （ 大・昭・平・令 ）　　　　年　　　月　　　日　（　　　　才） | | | | | | | | |
| 患者氏名 | |  | | | | 必ずご記入ください | | | | | | | | |
| TEL | | | | |  | | | | | | | | |
| **在宅診療　　□ 有　　□ 無** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |
| A D L | | 自立　・　要介助　・　全介助 | | | | | | 認 知 症 | | | | | | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　）　不明 | | | | | | |
| 難　聴 | | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | 視力低下 | | | | | | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　）　不明 | | | | | | |
| 酸素使用 | | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | 精神疾患 | | | | | | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　）　不明 | | | | | | |
| 特異体質（過敏症）等 | | | 無　・　有（　　　　　　　 　　 ） | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 来院方法 | | | 救急車　・　救急車以外 | | | | | 病院到着時 ストレッチャー | | | | | | | | | | 要　・　不要 | | |
| 希望日 | | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 都合の悪い日 | | | |  | | | |
| 傷病名（症状） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回のご依頼 | □　診療依頼　　□　検査依頼（ 内視鏡 ・ その他 ）  □　画像診断（ MRI ・ RI ・ CT ・超音波 ）　単純 ・ 造影　　※ 読影（　有　・　無　）　CD-R希望（　有　・　無　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【依頼内容】（または、診療情報提供書を添付してください。※消化器内科依頼は必ず診療情報提供書を添付してください。）  【お判りになる場合は下記ご記入ください】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 造影剤使用の場合　　　BUN　　　　　mg/dl　　　Cr　　　　　　mg/dl　（検査日　　　　月　　　日）  　内視鏡術前検査　　　　TPHA（　　　　　）　HBsAg（　　　　）　HCV Ab（　　　　）  　鎮痙剤注射　　　　　　ブスコパン　可　・　不可　　不可の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　不明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | 内服薬（抗凝固薬・抗血小板薬など）は**必ず**ご記入ください。アレルギー歴（疾患名・キシロカイン・ヨード　その他） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |