

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） |