

※診察は別紙「診察申込書」をお願いします。

滋賀県立総合病院 地域医療連携室 あて(FAX:077-582-9712)

検 査 申 込 書

令和元年7月改訂

紹介元医療機関名		医師名	
TEL	-	FAX	-
紹介依頼目的(病名や症状)			
第1希望	月	日	時 分
第2希望	月	日	時 分
第3希望	月	日	時 分
第4希望	月	日	時 分
MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> MRA
C T	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 冠動脈CT
		部位	
※ICD、CRT-D、ペースメーカー植込の有無、チェックをお願いします。 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			
R I	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> Gaシンチ <input type="checkbox"/> 他シンチ()		
	<input type="checkbox"/> PET・CT		
	<input type="checkbox"/> MRI(VSRAD)+脳SPECT 骨塩定量 [<input type="checkbox"/> (腰椎のみ) <input type="checkbox"/> (腰椎+右大腿頸部) <input type="checkbox"/> (腰椎+左大腿頸部)]		
内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 (必須) 抗血栓薬服用の有無 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
超音波	<input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 頸部エコー	<input type="checkbox"/> 下肢エコー
	心電図		<input type="checkbox"/> ホルター心電図
患 者 基 本 情 報			
区 分	<input type="checkbox"/> 入院中(貴医療機関に入院中の場合チェックをお願いします)		
ふりがな		性 別	男・女
氏 名		年 齢	年 月 日
住 所	〒	生 年 月 日	年 月 日
		電 話 (連絡先)	
本院診察券の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診察券番号)			
*本院は、全科共通1患者様において、診察券番号は永久使用で運用しております。			
保険情報			
被保険者名		保険者番号	
記 号		番 号	

お問い合わせ先 滋賀県立総合病院(地域連携専用) TEL 077-582-9711