

# 受診予約申込書

国家公務員共済組合連合会  
斗南病院

令和 年 月 日

科 担当医

先生

代 表 011-231-2121  
患者支援センター (直通) 011-231-2182  
FAX 011-231-2185

下記患者についてよろしくお願ひします。

医療機関の所在地	
及び名称	FAX
電話番号 ( - - )	
医師・歯科医師氏名	(印) 科名 科
予約希望日 令和 年 月 日 ( 曜) 午前・午後	時 分
フリガナ	
患者氏名	様 電話 性別 男・女
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生( 歳)	
依頼項目 1. 受診 (外来・入院) 2. 検査 3. 手術 4. その他 ( )	
コメント	当院受診歴 無・有(ID )

診療科	1 血液内科	2 呼吸器内科	3 消化器内科	4 内分泌内科	5 循環器内科	6 リウマチ内科	7 消化器外科	8 呼吸器外科	9 乳腺外科	10 整形外科	11 眼科	12 耳鼻咽喉科	13 頭頸部外科	14 皮膚科	15 婦人科	16 生殖内分泌科	17 泌尿器科	18 腫瘍内科	19 形成外科	20 放射線診断科	21 放射線治療科	22 心臓血管外科
-----	--------	---------	---------	---------	---------	----------	---------	---------	--------	---------	-------	----------	----------	--------	--------	-----------	---------	---------	---------	-----------	-----------	-----------

下記の検査予約も行っています。

内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管 部位 =	<input type="checkbox"/> 下部消化管 部位 =
MRI検査	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部	造影剤 (要・不要)
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 肩(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節(両・右・左) <input type="checkbox"/> 膝(右・左)	
	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎、胸椎、腰椎) <input type="checkbox"/> その他( )	
CT検査	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 単純+造影
	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 単純
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎、胸椎、腰椎) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 造影
骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 腰椎+左大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎+右大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎の 注意：腰椎、大腿骨等 検査部位に金属等がある場合、検査できません	
超音波	<input type="checkbox"/> 腹部スクリーニング (肝・胆・膵・腎・脾) 注目部位に○をつけて下さい <input type="checkbox"/> ドップラー法	
	<input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他	
患者の状態	*歩行可・車イス・ストレッチャー *付添い 無・有 (医師・看護師・家族・その他) *感染症 不明・無・有 (HBs抗原・HCV・ワ氏・MRSA) *造影剤過敏 (無・有) ※CT造影検査併用注意薬剤 ビグアナイド系糖尿病用剤 (メルピン錠等) <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 48時間使用禁にします *ポート (無・有) *ペースメーカー (無・有) *体内金属 (無・有) *間歇スキャン式持続グルコースモニタリング：リブレ® (無・有)	
検査目的	*CD-ROM <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	

\*患者支援センターは、平日の月～金8:30～17:15迄となっています。

FAX 011-231-2185

患者様の詳細等については  
診療情報提供書にて  
お知らせ下さい。