

## 診察及び検査予約申込書 (FAX送信用)

星ヶ丘厚生年金病院  
 地域医療連絡室 行  
 TEL 0120-840-274

ご紹介元  
 医療機関名  
 ご住所  
 T E L  
 F A X

科 \_\_\_\_\_

\*担当医の希望があればご記入ください

医師名 \_\_\_\_\_ 先生

**1. ご紹介患者さま 当院受診歴**  なし  めり

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| ふりがな         | 大・昭・平 年 月 日生 ( 歳) 男・女 |
| 患者氏名 (本人・家族) | 現住所 TEL ( — — )       |
| 保険者番号        | 公費負担番号                |
| 記号・番号        | 受給者番号                 |

保険証・医療証のコピーがあれば上記番号記入は不要です。

**2. 診察及び検査希望日**  
 希望曜日

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 年 月 日) |
| ( ) 曜日 AM・PM・( ) 時頃  |

**3. 依頼内容**  外来受診  検査予約

|  |      |
|--|------|
| 受診目的<br>検査目的<br>既往歴<br>症状<br>治療経過<br>検査結果<br>現在の処方 | コメント |
|--|------|

**検査項目** (検査予約の場合は下記にご記入ください)

|  |                           |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> C T (単純・造影)   | 頭部・胸部・心臓・腹部・骨盤・脊椎・四肢 ( )  |
| <input type="checkbox"/> MRI (単純・造影)   | MRA・MRCP・前立腺・腎後腹膜・その他 ( ) |
| <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> 核医学検査 ( )      |                           |
| <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                           |
| <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 (前処置が必要です)                          |                           |
| 必須) 内視鏡検査の場合: 感染症の有無 HBs 抗原 ( ) HCV 抗体 ( ) Wa 反応 ( )   |                           |
| <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> 脳波    |                           |