



# 桜橋渡辺病院 診療依頼書

## ご紹介元施設

貴施設名称
所在地
電話番号
FAX番号
医師氏名
科
先生

## ご依頼内容

- 診察  検査のみ (  心エコー  エルゴメーター  経食道心エコー )
- 造影冠動脈CT検査  非造影冠動脈硬化検査 (カルシウムスコア・メタボリックシンドローム評価)

## 診察ご希望担当科・医師

※医師を指定されない場合は当方で担当医を選ばせていただきますので、参考となる症状等を連絡事項欄にご記入下さい。

- 循環器内科 → (  冠疾患科  不整脈科 ) 指名医師
- 心臓血管外科  外科  乳腺・甲状腺外来

## 受診ご希望日時 (いつでも可・希望あり)

- 第1希望 平成 年 月 日 ( 曜 ) 午前・午後 時～ 時
- 第2希望 平成 年 月 日 ( 曜 ) 午前・午後 時～ 時
- 第3希望 平成 年 月 日 ( 曜 ) 午前・午後 時～ 時

ご紹介いただく患者様情報 (当院受診歴 なし ・ あり ) (患者番号: )

フリガナ		1. 男性	生年月日	明・大・昭・平
氏名	様	2. 女性	年 月 日	
住所	〒 -	( 歳 )	電話番号	
保険者番号		公費負担者番号		
記号・番号		公費受給者番号		
被保険者氏名	(本人・家族)	負担割合	( )割	一部負担金助成(無・有)

連絡事項・特記事項等 ※造影CT検査依頼の場合、血液生化学検査クレアチニン値をご記入ください。

※ 紹介状 (診療情報提供書) ならびに健康保険証の原本は、ご来院の当日総合受付へご提出ください。

お問い合わせ・送信先 **地域医療連絡室 TEL/FAX 06-6341-6801 (直通)**