

地域連携・入退院支援室 宛



桜橋渡辺病院 診察・検査申込書

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 → 血清クレアチニン () mg ※6か月以内の採血結果
- 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

- 循環器内科 → (冠疾患科 不整脈科 フットケア 下肢静脈瘤)
- 心臓血管外科 外科 指名医師: _____

※指定医師の希望がない場合は、希望日を優先させていただきます。参考となる症状等を備考欄にご記入ください。

備考欄

受診・検査ご希望日時 (いつでも可・希望あり)

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

ご紹介患者様情報 (当院受診歴 なし あり) (患者ID:)

フリガナ		1. 男性	生年月日	明・大・昭・平
氏名	様	2. 女性 (歳)	年 月 日	
住所	〒 -		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)
移動方法: <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行				
現状: <input type="checkbox"/> 入院中(<input type="checkbox"/> DPC対応 <input type="checkbox"/> DPC非対応) <input type="checkbox"/> 外来待機中 (<input type="checkbox"/> 貴院にて待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅)				

※ 診療情報提供書ならびに健康保険証の原本は当日総合受付へご提出ください