

紹介患者予約申込書

記入日 年 月 日

(株)日立製作所 ひたちなか総合病院
科 医師

【受付時間】 平日8:15~16:30

本申込書と診療情報提供書を下記にFAXしてください
予約日時決定後『予約票』をFAXで返信いたします

病院名
TEL
FAX

* TEL/FAXは診療情報提供書に記載があれば不要です

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
患者氏名		TEL	年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
受診希望日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 本日(緊急) ⇒※診療情報提供書をFAXの上、事前に電話連絡願います <input type="checkbox"/> 入院中 ⇒入院基本料を記載した文章を持参してください			緊急受診時バイタルサイン 意識レベル() BD P R KT SPo2 その他情報()
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> 診察	必要に応じてデータもFAXしてください			
持参画像	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> その他()	

*持続自己血糖測定器(FreeStyle)は患者さんご自身での取り外しと装着をお願いいたします	
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ※同意書のFAXが必要です Cre値【 】採血日【 / 】(6か月以内) 当院基準値(男:0.65~1.07、女:0.46~0.79) 造影時ビグアナイド系糖尿病薬使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬品名) 撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上下腹部 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> MRI	体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ⇒ MRI検査 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ※同意書のFAXが必要です。 Cre値【 】採血日【 / 】(6か月以内) 当院基準値(男:0.65~1.07、女:0.46~0.79) 撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> MRI(EOB) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> X線	<input type="checkbox"/> 骨年齢評価(小児手XP)
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査(骨密度測定) 腰椎、右股関節、左股関節の全てに金属がある場合、検査不可になります。

2023.11

* 発熱、風邪症状等がございましたら前日までにご連絡お願い致します

(株)日立製作所 ひたちなか総合病院 地域医療連携推進室
TEL:029-354-5202 FAX:029-354-5220