診察・検査予約依頼書

令和　　　年　　　月　　　日

吉田整形外科病院

医療機関名

所在地

医師名

TEL　　　（　　　　　）　　　－

FAX　　　（　　　　　）　　　－

先生

＊患者氏名、生年月日、住所等は貴院の様式でFAXいただいても問題ありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 患者氏名 |  |
| 患者様　連絡先TEL　 　　-　　　　- |
| 住　所 | 〒　　　- |
| 保険別 | 　□　保険証　　□　交通事故　　□　労公災　　□　生保　　□　その他（　　　　） |
| 紹介目的 | FAXいただく書類（情報提供書は予約日までにFAXしてください） |
| □　診察□　診察（手術相談） | こちらの用紙 |
| □　診察+検査　　□　検査（読影あり）□　検査のみ | こちらの用紙と撮影詳細指示書、問診票（MRIのみ）検査のみの場合、情報提供書は不要です。DXA検査の場合はこの用紙のみとなります |
| 詳細内容 | 診察 | □　脊椎　　　□　股関節　　□　膝関節　　□　手関節 　□　リウマチ　□　膝スポーツ傷害　□　その他（　　　　　　　　）□　骨粗鬆症　＊骨粗鬆症外来は第１・３木曜日15:00～16:30となります |
| 検査 | □　MRI　　　□　CT　　 □　DXA（□腰椎・大腿骨　□腰椎のみ）□　**放射線検査の正当性について説明し、承諾いただいております。**（MRI・CTの場合は病名を記載してください　病名：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **医療機関様よりFAXにて予約**（以下へ希望日を記載してください）1. 月　　　　日　　　AM　・　PM　　　：
2. 月　　　　日　　　AM　・　PM　　　：
3. 月　　　　日　　　AM　・　PM　　　：

→紹介診察・検査予約票をFAXいたしますので、患者様にお渡しください |
| 診療情報提供については貴院にて使用している様式にてお送りください |

〒471-0811　豊田市御立町7-100

医療法人　慈和会　吉田整形外科病院（地域医療連携室）

【TEL】0565-89-3344　　【FAX】0565-89-3345