

診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

昭和病院「診察券(IDカード)」(有・無)

ID番号

所在地

医療機関名

TEL () -

FAX () -

医師氏名

紹介先医療機関名
昭和病院

医師

受診希望日 年 月 日

フリガナ				明・大・昭・平					
患者氏名	生年月日	年	月	日	(歳)	性別			
住 所	〒 TEL () -								
検査依頼項目	一般撮影 <input type="checkbox"/> 胸部X線撮影 <input type="checkbox"/> 骨塩定量(手) CT検査 <input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影撮影(腎機能BUN Cr) ※必ずご記入下さい <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 冠動脈(造影のみ) 透視撮影 <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸 (いずれも消化器内科受診後) 内視鏡関連 <input type="checkbox"/> 上部消化管(経鼻可) <input type="checkbox"/> 下部消化管 <input type="checkbox"/> カプセル内視鏡(小腸) (いずれも消化器内科受診後) 生理検査 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 尿素呼気 超音波検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 上肢(動脈・シャント) <input type="checkbox"/> 下肢(動脈・静脈) <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー 睡眠時無呼吸検査 <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> PSG(一泊) (循環器科受診後)								
画像情報提供	<input type="checkbox"/> フィルム又は <input type="checkbox"/> CD-Rのどちらかを希望する (返却不要)								
病 名 (主 訴)									
病状経過 治療経過 検査結果 既往歴 (家族歴)									
現在の処方									
そ の 他 特 記 事 項	・ ブスコパンの使用について (可 ・ 不可) ※心筋梗塞等の心疾患、前立腺肥大症、緑内障の患者様はグルカゴンを使用します。 ・ ペースメーカーまたは埋込型除細動器の有無 有 ・ 無 ・ 薬剤アレルギー (無 ・ 有 …) ・ 採血結果 (無 ・ 有) 造影撮影をご予約の方はご持参下さい。 ・ 抗凝固薬を処方されている場合、処置・検査の必要に応じ投薬を中止してできるか (可 ・ 不可 / 中止できる日数 日程度)								

健康保険情報等連絡用紙

（お手数ですが、カルテ作成時に必要となりますのでご記入下さい。）

※受診につき、事前にカルテを作成致しますので、保険証番号等をご記入下さい。

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号	.	公費負担受給者番号	/
保険種別		負担割合	
被保険者氏名		福祉医療での一部負担金 もしくは 負担上限額	円
有効期限	～	有効期限	～

*** ご注意 ***

1. FAXによる紹介申込みは、月曜～金曜8時半～17時、土曜8時半～12時半です。
緊急時は地域医療担当者へ直接連絡して下さい。時間外は翌営業日に対応させていただきます。
2. 患者二重登録防止のため、当院受診歴の有無は必ずご記入下さい。
3. 保険請求に必要となりますので、検査予約依頼時には検査適応の範囲で傷病名をご記入下さい。
4. 検査、受診の方の絶食など、一般的な注意は予めご指示下さい。
特殊な前処置の必要なものは、返信時に注意書を添付致します。
5. 折り返し予約回答書をFAXにてお送り致しますので、診療情報提供書をお入れになった封筒の表紙に当該回答書を添付し、患者さまにお渡し下さい。
(受診歴のある患者さんは診察券もご持参されるようお願い下さい。)
6. 来院の際は、必ず保険証、各種医療受給者証等をご持参なさいませうお伝え下さい。

〒661-0976
尼崎市潮江1丁目3-43
医療法人財団 済美会
昭和病院

TEL 06-6493-1210 (代表)
TEL 06-6493-1160 (地域直通)

地域医療連携室専用 FAX 06-6493-1170